



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DOS SESIONES DE ACT
SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA FLEXIBILIDAD
PSICOLÓGICA EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y VIVEN CON
EL VIH**

Héctor Jesús David Garzón Triviño

Dirigida por: Carlos Humberto Vélez Ocampo

Bogotá, D.C.

2020

FR-PD-P-512		Acta Sustentación Tesis de Maestría	
Versión 2.0	Página 1 de 1		

Ciudad: Bogotá, D.C.

Fecha: jueves 27 de agosto de 2020

Hora: 11:00 a.m.

Lugar: Teams

Por medio de la presente acta de sustentación de tesis de maestría se certifica que el (la) estudiante HECTOR JESÚS DAVID GARZÓN TRIVIÑO, con código estudiantil 911192040, sustentó públicamente la tesis de grado titulada "EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DOS SESIONES DE ACT SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y VIVEN CON EL VIH".

Los jurados decidieron otorgar la siguiente calificación para la sustentación:

Aprobada ☒ X

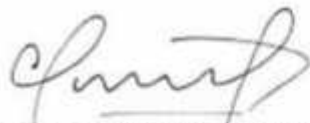
Reprobada ☐

La calificación promedio de las evaluaciones del documento final de tesis fue de 42 en una escala de 0 a 50.

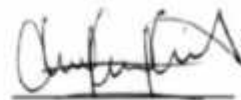
El jurado calificador sugiere que se realicen las siguientes correcciones al documento final:

No hay correcciones adicionales.

En constancia firman:



CARLOS EDUARDO MONTOYA
Jurado



CLAUDIA LILIANA VALENCIA G.
Jurado



ANGELA MARIA HENAO GALLEGO
Director Posgrados Psicología Clínica



CARLOS HUMBERTO VELEZ OCAMPO
Director(a) de la Tesis



VANESSA SANCHEZ MENDOZA
Directora Centro de Investigaciones
De Psicología

Agradezco a:

los participantes de mi estudio por la confianza depositada en mí y su esmero en todo el proceso. Agradezco a Tiberio Vera, a mi mamá y hermana por ser ejemplo de responsabilidad y perseverancia. Agradezco al Psi. Carlos Vélez y al Dr. Francisco Ruiz por ser mis guías en este proceso y tener la paciencia para enseñarme idóneamente. Por último agradezco al padre Bernardo de la Fundación EUDES por creer en el proyecto.

Contenido

Efecto de la Aplicación de un Protocolo de Dos Sesiones de ACT Sobre la Adherencia al Tratamiento y la Flexibilidad Psicológica en Hombres que Tienen Sexo con Hombres y Viven con el VIH.....	13
Estigma social, discriminación y salud mental en HSH que viven con VIH.....	15
Adherencia al Tratamiento en Personas de Viven con VIH	17
Psicoterapia cognitivo-conductual en personas que viven con VIH.....	19
Terapia de Aceptación y compromiso en personas con VIH.....	20
Protocolos breves de la terapia de aceptación y compromiso.....	23
ACT en VIH en el contexto colombiano	25
Aspectos Metodológicos	29
Problema de Investigación	29
Objetivos	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos	29
Variables	30
Variable Independiente	30
Variables Dependientes	32
Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)	34
Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)	34
Hipótesis	36
Método	36

Participantes	36
Diseño	38
Instrumentos.....	39
Formato de Consentimiento informado	39
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI	39
Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)	40
Escala de flexibilidad psicológica	40
Registro de conductas de adherencia al tratamiento	40
Protocolo de dos Sesiones de ACT	40
Procedimiento	41
Fase 1	41
Fase 2	41
Fase 3	42
Fase 4	43
Fase 5	43
Consideraciones éticas	43
Resultados	44
Conductas de adherencia al tratamiento y no adherencia al tratamiento.	45
Flexibilidad psicológica	50
Discusión.....	56
Conclusiones	60
Referencias.....	62
Anexos	81

Anexo A. Consentimiento informado	81
Anexo B. Derrotero de preguntas del módulo de trastornos psicóticos de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI.....	1
Anexo C. Escala DASS-21	2
Anexo D. Escala AAQ-II.....	3
Anexo E. Escala CFQ	4
Anexo F. Escala VQ	5
Anexo G. Cronograma de trabajo con los participantes	6
Anexo H. Carta solicitud de apoyo de entidades	7

Lista de Tablas

TABLA 1 – Información demográfica y funcional de los participantes	29
TABLA 2 – Conductas de adherencia al tratamiento	44
TABLA 3 – Conductas de No adherencia al tratamiento	45
TABLA 4 – Medidas pre, post y seguimiento de la flexibilidad psicológica	47

Lista de Figuras

FIGURA 1 – Conductas de adherencia al tratamiento	42
FIGURA 2 – Conductas de No adherencia al tratamiento	43

Lista de Abreviaturas

ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
AT	Adherencia al Tratamiento
FP	Flexibilidad Psicológica
EE	Evitación Experiencial
HSH	Hombres que Tienen Sexo con Hombres
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
PVVS	Personas que Viven con VIH/SIDA
RNT	Pensamiento Negativo Repetitivo

Resumen

Las dificultades en la adherencia al tratamiento de los hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH, están ligadas a patrones de evitación experiencial que los alejan de conductas de autocuidado. De acuerdo con lo anterior, este estudio pretende evaluar el efecto de un protocolo breve de dos sesiones de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la flexibilidad psicológica y la adherencia al tratamiento. Se realizó un diseño de caso único AB + seguimiento con cinco hombres que tienen sexo con hombres y viven con el VIH. Los cambios se midieron mediante análisis visual y medidas de no solapamiento para las conductas de adherencia al tratamiento; y mediante criterio de cambio fiable para las medidas de flexibilidad psicológica. Tras la aplicación del protocolo se observó un incremento en las conductas de adherencia al tratamiento y en la flexibilidad psicológica en 4 de los 5 participantes.

Palabras Clave: Flexibilidad psicológica, adherencia al tratamiento, terapia breve y terapia de aceptación y compromiso

Abstract

Difficulties in adherence to treatment for men who have sex with men living with HIV are linked to patterns of experiential avoidance that keep them away from self-care behaviors. According to this, this study aims to evaluate the effect of a brief protocol of two sessions of Acceptance and Commitment Therapy on psychological flexibility and adherence to treatment. A single case design AB + follow-up was performed with five men who have sex with men and are living with HIV. Changes were measured by visual analysis and non-overlapping measures for adherence to treatment behaviors; and by reliable change criterion for measures of psychological flexibility. After the application of the protocol, changes were observed in the behavior of adherence to treatment and in psychological flexibility in 4 of the 5 participants.

Key Words: Psychological flexibility, treatment adherence, brief therapy and acceptance and commitment therapy.

Efecto de la Aplicación de un Protocolo de Dos Sesiones de ACT Sobre la Adherencia al Tratamiento y la Flexibilidad Psicológica en Hombres que Tienen Sexo con Hombres y Viven con el VIH

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) al no ser tratado debidamente, puede dar lugar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que es la fase más avanzada de la infección por VIH. Este virus ataca y destruye los linfocitos CD4 del sistema inmunitario, que son los encargados de combatir las infecciones en las personas. Por ende, el perder estos linfocitos complica la lucha del organismo contra las infecciones y algunos tipos de cáncer, deteriorando paulatinamente el sistema inmunitario y evolucionando al SIDA (InfoSIDA, 2019)

Este virus se puede propagar a través del semen, sangre, líquido preseminal, secreciones vaginales o rectales y la leche materna, al tener sexo vaginal, anal sin el uso de condón o sin estar tomando los medicamentos para prevenir o tratar el VIH o compartiendo agujas en personas que usan drogas y en algunos casos por punciones accidentales en trabajadores de la salud (InfoSIDA, 2019)

El programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – UNAIDS (2014) estimó que, en Colombia, para el año 2018 se encontrarían 160.000 personas viviendo con VIH, de las cuales 150.000 eran personas mayores de 15 años, 31.000 eran mujeres mayores de 15 años, mientras que 120.000 eran hombres mayores de 15 años y 3.600 eran niños entre los 0 y 14 años. Así mismo, en el año 2018 se encontraron 6900 casos nuevos de personas infectados con el VIH, donde 6400 eran en gran proporción hombres adultos. Un estudio realizado en Cali Colombia por Mueses-Marín et al. (2017), concluyó que en la población de hombres que tienen sexo con hombres, la frecuencia de registrar positivo en el VIH es muy alta, por lo cual se

considera a esta población como de muy alto riesgo para la infección por VIH, siendo la epidemia de este virus más concentrada que en la población general.

UNAIDS (2014), promueve el compromiso 90-90-90, que significa diagnosticar por lo menos el 90% de las personas VIH positivo, ofrecer tratamiento antirretroviral al 90% de los diagnosticados, y lograr la indetectabilidad de este virus en el 90% de las personas medicadas. Algunas voces en la comunidad científica refieren que el avance en la tecnología médica permitiría alcanzar esta meta, no obstante, las personas diagnosticadas con VIH se enfrentan a dificultades de tipo conductual que obstaculizan el cumplimiento de ese objetivo (Remien, 2018).

Además de las complicaciones médicas, los problemas de salud mental son más frecuentes en las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) que en la población en general. Se estima que el 50% de estas personas cumple con los criterios para uno o más trastornos mentales, lo cual se asocia a resultados desfavorables en el tratamiento del VIH. Por ejemplo, la tasa de mortalidad para las PVVS con depresión mayor es el doble que para las personas sin el trastorno depresivo (Remien, 2018).

Aparentemente existe una relación directa entre el nivel de malestar emocional asociado al estrés y el estado inmunológico de las personas que viven con el VIH (Antoni et al., 2005; Goodkin et al., 1992; Hays et al., 1992; Pakenham et al., 1995; Van Servellen et al., 1998). Por ejemplo, se ha demostrado una asociación clara entre el malestar emocional, la inmunosupresión (disminución de células CD4 por mililitro de sangre) y el consecuente incremento de la carga viral del VIH, lo cual conlleva a la progresión de enfermedades oportunistas asociadas al VIH. (Antoni, 2003; Herbert & Cohen, 1993; Patterson et al., 1996). Así mismo Carrico y Moskowitz (2014) predijeron que un mayor afecto positivo conlleva a mayores probabilidades de

vinculación con la atención del VIH y a mayores probabilidades de adherencia al tratamiento (AT) antirretroviral, así mismo esto se asocia con una menor carga viral de VIH.

Estigma social, discriminación y salud mental en HSH que viven con VIH

Las personas diagnosticadas con VIH se enfrentan al estigma social que esto supone, lo cual desempeña un rol capital en la notable reducción de su bienestar psicológico, así como en la poca adherencia a sus respectivos tratamientos, y en la disminución del contacto con proveedores médicos (Sayles et. al, 2009). Además, presentan múltiples afectaciones; muchas de ellas a nivel de salud mental como el consumo de spa, trastornos emocionales y afectivos, y otros trastornos mentales secundarios al VIH (Ciesla y Roberts, 2001; Heywood y Lyons, 2016; Lyons et. al, 2012; Miners et. al, 2014; Ibañez et. al, 2005 y Pence et. al, 2006).

La estigmatización ha contribuido a que los HSH y que viven con el VIH, también hagan parte de las conocidas minorías sexuales, quienes experimentan tasas más altas de problemas psicológicos, en comparación con la población general (Ciesla y Roberts, 2001). A nivel de Colombia está documentada una alta frecuencia de VIH en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) haciéndolos un grupo altamente vulnerable debido a los comportamientos de riesgo. En este punto, el estigma relacionado con el VIH se asocia a un sin número de resultados nocivos para las personas diagnosticadas con este virus; así mismo, puede conducir a una divulgación reducida del estado del VIH por parte de la persona, aumentando la probabilidad de parejas sexuales serodiscordantes y una restricción en la red social de apoyo que conoce el estado serológico del individuo (Poindexter y Shippy, 2010; Skinta et. al, 2015).

Como lo mencionan Herek y Garnets (2007), los HSH y que viven con el VIH al hacer parte de una minoría sexual, han sido objeto de prejuicios, violencia y discriminación, a diferencia de la población heterosexual. Esto conlleva a que los individuos esperen el rechazo en

función de su identidad estigmatizada, y estas expectativas por lo general generan hipervigilancia a las señales de exclusión en el entorno (Mendoza-Denton et. al, 2002). Además del estigma social, estas personas incorporan a su autoconcepto visiones sociales negativas de la homosexualidad, proceso conocido como homofobia internalizada. La homofobia internalizada es muy común entre hombres homosexuales y bisexuales que aparentemente han aceptado su orientación homosexual y que incluso han “salido del closet” y es un predictor de problemas de salud mental y conductas de riesgo relacionadas con el SIDA. (Meyer y Dean, 1998).

Ahora bien, existen investigaciones que sugieren la existencia de una relación entre el estrés que viven las minorías sexuales (hombres homosexuales), los comportamientos de riesgo al VIH y la salud mental de estas personas (Meyer y Dean, 1998; Díaz et. al, 2001; Mays, Cochran, 2001; Rosario et. al, 1996). También está documentado que la depresión está relacionada con el aumento de prácticas sexuales de riesgo por parte de los HSH sexualmente activos, quienes encuentran un decremento en el afecto negativo con la realización de estas prácticas, regulando así el malestar emocional al participar en comportamientos sexuales (Sikkema et. al, 2009).

Para entender parte del malestar subjetivo en esta población, se habla de la teoría del estrés en las minorías, la cual plantea que las personas de categorías sociales estigmatizadas se ven expuestas a estrés debido a su posición social en desventaja dentro de un contexto marcadamente heterosexual. Esta teoría enfatiza en procesos que se asocian a la población LGBT.

Estos procesos hacen referencia a eventos proximales y distales. Los proximales se refieren a la expectativa de rechazo, la homofobia internalizada y el ocultamiento de la orientación sexual; mientras que los eventos distales hacen referencia experiencias estresantes o

eventos contextuales que precipitaron complicaciones emocionales como sintomatología de estrés y ansiedad (Meyer, 1995; 2003).

El proceso de discriminación y estigma social asociado a las personas que viven con el VIH, ha repercutido negativamente en la salud mental de esta población, según Bhatia et. al (2010) existen patologías psiquiátricas comórbidas al VIH, por ejemplo, los trastornos emocionales y afectivos y el abuso de sustancias, estos han sido relacionados desde hace mucho tiempo con el VIH. Es de importancia clínica comprender la comorbilidad de los trastornos emocionales y afectivos como la depresión, ya que los pacientes deprimidos infectados con VIH tienen tasas más bajas de inicio de la terapia antirretroviral y de AT. Esto lleva a pensar que las personas que viven con el VIH no solo tienen necesidades a nivel médico, sino también necesidades en cuanto a la salud mental (O' Cleirigh y Safren, 2008).

Adherencia al Tratamiento en Personas de Viven con VIH

Como se planteó previamente los estados emocionales negativos tienen un impacto importante sobre las necesidades médicas de estas personas, pues tras el diagnóstico y el estigma social, la AT de estas personas puede verse afectada, no solo por no tomar los medicamentos antirretrovirales sino por emitir comportamientos que no están en la misma línea de lo que se espera en la AT, mientras que los estados emocionales positivos sí tenían una relación favorable en cuanto al aumento de comportamientos de adherencia al tratamiento (Varela et. al., 2008).

La AT, además de consistir en la ejecución de comportamientos diarios coherentes con las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud, también requiere una implicación activa de la persona en el control de su enfermedad y la disminución de ciertos comportamientos de riesgo que pueden afectar el tratamiento efectivo. Los comportamientos asociados a la AT del VIH, comprenden la toma de medicamentos en los horarios y cantidades indicados, el ejercitarse

regularmente, la alimentación adecuada prescrita por profesionales idóneos y de acuerdo con las necesidades individuales de cada sujeto, el manejo de estados emocionales de estrés, ansiedad o depresión, los cuales pueden influir negativamente en el estado inmunológico de la persona, el evitar el consumo de alcohol, cigarrillo u otras sustancias psicoactivas, el adoptar medidas de prevención para otras ITS, y la observación diaria del propio cuerpo (Varela et al., 2008).

La no adherencia al tratamiento tiene implicaciones serias y específicas en la salud de los HSH que viven con el VIH, por ejemplo los eventos estresantes de vida, el bajo apoyo social y la depresión predicen una progresión más rápida al SIDA (Gonzalez et al., 2011; Cruess et al., 2003; Hartzell et al., 2008; Leserman, 2003 y Lesserman et al., 2002). Esto refuerza la idea de que, la AT es considerada como un factor estrechamente asociado al éxito o fracaso terapéutico, pues una baja AT antirretroviral implica una rápida velocidad de replicación y mutación del virus, lo cual incrementa la resistencia a los medicamentos, la vulnerabilidad a infecciones oportunistas y el riesgo de muerte.

Sin embargo, el éxito en el control de esta enfermedad, no solo requiere la adherencia a la ingesta disciplinada de los medicamentos antirretrovirales, sino a otros aspectos relacionados con cambios positivos en el estilo de vida de la persona y disminución de comportamientos no saludables, para que aumente la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de la reinfección y la transmisión del virus a otras personas, pues el tratamiento efectivo disminuye a proporciones casi nulas el conteo del virus por mililitro de sangre hasta un punto en el que estadísticamente se considera indetectable en el organismo del individuo (Varela et al., 2008).

Se ha dedicado tiempo y recursos para establecer estrategias que ayuden a las personas que viven con VIH a incrementar la AT en el VIH, pues esta se encuentra asociada al fracaso o éxito terapéutico y requiere no solo la adherencia a aspectos farmacológicos, sino a cambios en

el estilo de vida; sin embargo, no existe una medida exacta y única sobre la AT (Carballo et. al, 2004 y Marco et. al, 2000). El comportamiento del paciente (lo que hace o deja de hacer) en función del objetivo terapéutico es fundamental para entender la AT, así mismo los factores personales, de la enfermedad y el tratamiento, del sistema de salud y los factores sociales-interpersonales abarcan de manera más clara los componentes que pueden convertirse en las barreras en la AT.

La falta de AT para las personas que viven con el VIH y los trastornos afectivos y emocionales como la depresión, tienen gran importancia para la salud pública y suelen estar asociados con el incremento de los comportamientos de transmisión del VIH (Bhatia et al., 2010). Varela et. al (2008) concluyeron que los estados emocionales negativos como la depresión se asociaban a una disminución en comportamientos relacionados a la AT, mientras que estados emocionales positivos se asociaba a una mayor AT.

Con base en lo anterior, es importante abordar los problemas psicológicos que suelen afectar a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) diagnosticados con VIH; A continuación se abordan algunas estrategias terapéuticas desarrolladas para tal fin.

Psicoterapia cognitivo-conductual en personas que viven con VIH

Se ha demostrado que la psicoterapia reduce el malestar emocional relacionado con la estigmatización y la discriminación, y aumenta los comportamientos activos de resolución de problemas y afrontamiento adaptativo de la enfermedad, en este caso el VIH, lo cual disminuye el efecto negativo del estrés creado por dicho diagnóstico (Levine et. al, 1991). También se ha demostrado que cuando estas intervenciones terapéuticas abordan cuadros clínicos comórbidos de la salud mental, se satisfacen en mayor medida las complejas necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA (O'Cleirigh y Safren, 2008).

Existe documentación acerca del impacto positivo que tienen algunas intervenciones de corte cognitivo conductual para promover la calidad de vida de personas que viven con VIH y dar control a sus dificultades emocionales, al tiempo que logran disminuir enfermedades oportunistas y aumentar el número de linfocitos TCD4, disminuir el consumo de SPA, mejorar de la AT y mejorar síntomas psicopatológicos (Ballester, 2005; Ibañez et al., 2005; Pence et al., 2006; Safren et al., 2012; 2001; 2009). Estas intervenciones han utilizado técnicas que incluyen varios elementos básicos de la terapia cognitiva-conductual tradicional como la reestructuración cognitiva, indagación por el estado motivacional y el monitoreo de conductas de autocontrol en relación con la ingesta diaria de medicamentos para hacer frente a los problemas psicológicos de esta población (Ballester, 2003; Eller, 1995; Antoni et. al, 1991)

No obstante, algunas de las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales están dirigidas al control intencional de pensamientos y estados emocionales dolorosos en relación con el VIH. Las investigaciones señalan que la estrategia para librarse de pensamientos molestos llevan generalmente a resultados paradójicos como el incremento en la intensidad y frecuencia de los pensamientos que tratan de evitarse (Barraca, 2011; Hooper et. al, 2010). Según Moitra et. al (2011) la estrategia de ignorar o suprimir el estrés de vivir con VIH puede empeorar el estado psicológico, afectando la AT antirretroviral, lo cual hace necesario proponer nuevas líneas de intervención psicológica que promuevan un enfoque diferente al centrado en cambiar o modificar las cogniciones.

Terapia de Aceptación y compromiso en personas con VIH

Desde el enfoque conductual se ha desarrollado una línea de intervención basada en las terapias de la tercera generación, las cuales no se centran en erradicar o cambiar los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos o sensaciones corporales) para el cambio

conductual, sino en promover la alteración de las funciones psicológicas de dichos eventos influyendo sobre los contextos verbales de la persona (Hayes et. al, 2003 y Luciano et. al, 2004). De esta manera los tratamientos de tercera generación buscan construir repertorios de conducta amplios, flexibles y efectivos, enfatizando cuestiones de importancia tanto para el psicólogo como para el cliente.

Uno de estos tratamientos es la terapia de aceptación y compromiso (ACT), que se enfoca en las funciones de los fenómenos psicológicos, y se orienta a construir repertorios conductuales flexibles y efectivos (Mañas, 2007). Antes de iniciar el tratamiento con la ACT se evidencia en las personas comportamientos evitativos como la disminución en comportamientos de autocuidado e interacción social y el decremento en la actividad diaria, no obstante tras la aplicación de esta terapia se suelen observar mejorías en torno al aumento de la actividad física, mayor reporte de descanso en las horas de sueño y un decremento en sintomatología relacionada al estrés, tristeza y ansiedad (Patiño, 2013).

Adicionalmente, la ACT es una herramienta importante debido a su objetivo de modificar la función de los eventos privados en las personas y promover que sus conductas sean guiadas por valores personales y no por sus eventos privados (Luciano y Valdivia, 2006 y Luciano et. al, 2006), es así como se requiere desarrollar más investigaciones rigurosas que establezcan los procesos determinantes de la efectividad de esta clase de intervención en diferentes poblaciones como la de hombres que tienen sexo con hombres y viven con el VIH.

La ACT se ha usado para tratar diferentes problemas emocionales relacionados con el VIH. Por ejemplo, Woolf-King et. al (2018) mencionan que el consumo de alcohol está asociado a una disminución significativa de la eficacia del tratamiento antirretroviral del VIH, la AT y la supresión viral, así mismo notificaron que las intervenciones como la ACT, dirigidas a disminuir

el consumo de alcohol, pueden mejorar la AT del VIH en personas con consumo abusivo de alcohol. Por otra parte, Faezipour et. al (2018) mencionan que el trastorno depresivo es frecuente entre las personas que viven con el VIH y que la reducción de la sintomatología depresiva ralentiza la progresión de la infección, pues al aplicarse la ACT, evidenciaron una reducción significativa de la depresión en estas personas; otro ejemplo lo ilustra Moitra et. al (2015), quienes evaluaron una intervención basada en la aceptación para involucrar a los pacientes recién diagnosticados con el VIH en la atención médica, evidenciándose en los participantes una mayor aceptación, menor percepción de la estigmatización del VIH y una mayor divulgación del estado del VIH a los apoyos sociales, comportamientos relacionados no solo con la flexibilidad psicológica, sino también con una vida orientada a los valores.

La ACT tiene como uno de sus objetivos principales la clarificación de valores y el dirigir la conducta de la persona hacia estos; de esta forma logra que la persona recupere la sensación de control sobre su enfermedad y también incremente su calidad de vida aun viviendo con el VIH (Ciarrochi et. al, 2010). De acuerdo con Ruiz et al. (2016) el proceso que explica dichos logros es el incremento en la flexibilidad psicológica.

El término de flexibilidad psicológica se comprende desde un modelo subyacente a la ACT y que está centrado en seis procesos claramente definidos por Hayes et. al (2014): (a) la atención flexible al momento presente; (b) los valores personales; (c) el compromiso con la acción; (d) el yo como contexto; (e) la defusión cognitiva y (f) la aceptación radical, no obstante estos seis procesos se pueden agrupar en 3 estilos de respuesta conductual: los procesos de aceptación, la atención consciente y la dirección en los valores.

Retomando lo anterior, Patiño (2013) menciona que la población que vive con el VIH se adecúa bastante bien a las terapias basadas en la aceptación, que motivan el incremento de

comportamientos de AT, el aumento de la flexibilidad psicológica y de esta manera puedan vivir una vida valiosa, distanciándose de la fusión con los eventos privados aversivos producto de ser diagnosticado con VIH. La ACT, supone una estrategia terapéutica que permite generar una aceptación radical de los eventos privados estrechamente relacionados con el VIH y que poseen una función aversiva, generando conciencia en no intentar cambiar los contenidos de dichos eventos, sino la manera de reaccionar ante estos (Patiño, 2013).

Por otra parte, el modelo de evitación experiencial (el control y evitación de eventos privados con función aversiva que limita una vida enfocada en direcciones valiosas), explica que las personas que evitan pensamientos relacionados con su enfermedad, también evitan comportamientos asociados a la AT del VIH, tales como el uso de condones en las relaciones sexuales penetrativas, la toma de los medicamentos antirretrovirales de manera disciplinada, el abstenerse de consumir sustancias psicoactivas, el mantenimiento de una dieta balanceada, hacer regularmente ejercicio físico, la implicación regular en actividades socioafectivas y culturales enriquecedoras, entre otras. Estos comportamientos pueden estar fuertemente relacionados con metas valiosas para los HSH que viven con el VIH, y a su vez constituirían en gran medida conductas encaminadas a incrementar y mantener una adecuada AT.

Protocolos breves de la terapia de aceptación y compromiso

Los protocolos breves de la ACT que se mencionarán a continuación, enfocados en interrumpir el pensamiento negativo repetitivo, en adelante RNT, producen cambios rápidos y son muy efectivos para el tratamiento de trastornos emocionales (Ruiz et al., 2016). El RNT a manera de preocupación y rumia es una estrategia de evitación experiencial relevante para la ciencia conductual contextual, ya que la terapia de aceptación y compromiso se centra en

interrumpir dichas estrategias y desarrollar la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2012).

El RNT a manera de preocupación y rumia, se ha identificado como un proceso transdiagnóstico implicado en la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y afectivos. Tanto la preocupación como la rumia, son formas de RNT equivalentes a estrategias de evitación experiencial porque las personas por lo general se involucran en estas como la primera respuesta al experimentar angustia. Esto lleva a la ampliación de las redes relacionales y el malestar y a la participación en estrategias adicionales de evitación experiencial que terminan provocando limitaciones significativas en la vida (Ruiz et al., 2016).

El contenido del pensamiento suele ser diferente en cada trastorno psicológico, no obstante, el proceso de pensamiento es similar y caracterizado por ser repetitivo, centrado en el contenido negativo, experimentado como incontrolable, particularmente verbal y abstracto en lugar de concreto (Borkovec et al., 2004; Ehring y Watkins, 2008; Ruiz et al., 2016). La preocupación se entiende como pensamientos repetitivos desagradables y desencadenados por la percepción de un futuro incierto e indeseado (Berenbaum, 2010), mientras que la rumia se considera un pensamiento repetitivo y pasivo sobre síntomas emocionales como la depresión, consecuencias y el significado de un objetivo no alcanzado (Nolen-Hoeksema, 2004).

La evidencia científica confirma que los protocolos breves de la ACT son efectivos, por ejemplo Ruiz et al. (2016) implementó un protocolo de una sesión de ACT, con un diseño de línea base múltiple con 11 participantes que sufrían síntomas emocionales de leves a moderados, este protocolo centrado en el RNT mostró reducciones significativas en casi todas las medidas de RNT durante el seguimiento de 6 semanas y los tamaños del efecto fueron grandes en todas las medidas relacionadas a los síntomas emocionales. Esto demostró que el protocolo de una sesión

es altamente efectivo para reducir la RNT en personas con síntomas emocionales de leves a moderados; No obstante un segundo paso, fue analizar el efecto de un protocolo breve de ACT centrado en RNT con participantes que sufrían trastornos emocionales. En este estudio, Ruiz et al., (2018) presentaron un diseño de línea de base múltiple en el que 10 participantes con trastornos emocionales moderados recibieron un protocolo ACT de dos sesiones centrado en RNT. Los resultados mostraron que 9 de los 10 participantes mostraron cambios clínicamente significativos y los tamaños del efecto fueron muy grandes para los síntomas emocionales, la preocupación y rumia y las medidas de la ACT (evitación experimental, fusión cognitiva y acciones valoradas). El siguiente estudio desarrollado por Ruiz et al. (2019), tuvo como objetivo avanzar sobre los estudios anteriores probando la eficacia de un protocolo breve de tres sesiones de ACT centrado en RNT, en participantes adultos jóvenes que padecían trastorno grave de ansiedad generalizada siendo la relación de pareja el dominio principal de preocupación, se realizó un diseño de línea base múltiple con 3 participantes adultos jóvenes. Dicho protocolo fue eficaz en disminuir los puntajes de ansiedad y preocupación relacionados a la relación de pareja y al trastorno de ansiedad generalizada en todos los participantes, así mismo, todos los participantes mostraron un efecto alto en la fusión cognitiva (CFQ) y la obstrucción de los valores relacionados con la pareja (VQ-Obstrucción).

ACT en VIH en el contexto colombiano

En el contexto colombiano, la investigación sobre el impacto de intervenciones psicológicas en dificultades emocionales y afectivas en HSH que viven con el VIH es escasa. Por ejemplo, Santamaría y Uribe (2017), revisaron investigaciones que datan entre los años 2000 y 2015 acerca de la aplicación de ACT en personas con diagnóstico de VIH positivo, y se evidenció que de sesenta estudios analizados, solo el 3.3% de la muestra implementó la ACT

para promover la AT en el VIH, siendo común el diseño de caso único de tipo AB. Con base a lo anterior, se concluye que es necesario continuar desarrollando la investigación alrededor de intervenciones psicológicas óptimas, eficaces y extrapolables a todos los pacientes que conviven con VIH, evidenciándose un vacío en el conocimiento en cuanto a la implementación de la ACT en esta población (Rivet-Amico et. al, 2006; Munro et. al, 2007; Simoni et. al, 2006; Valdivia-Vadell et. al, 2011 y Viciano et. al, 2008). No obstante, existe cierta evidencia del impacto positivo de la ACT sobre la reducción de repertorios de evitación experiencial, el aumento de una vida comprometida en los valores personales, el incremento de la flexibilidad psicológica y en la disminución del estigma relacionado al VIH en los participantes (Patiño, 2013).

Un estudio realizado en Bogotá Colombia (Patiño, 2013) informó que las personas que viven con VIH suelen evitar los pensamientos relacionados con su enfermedad y de esta forma, también suelen evitar comportamientos relacionados con la AT, tales como el uso adecuado de condones y la ingesta de los medicamentos antirretrovirales, no obstante esta investigación demostró que tras la aplicación de la ACT aumentaron las conductas de AT, como el aumento del cuidado personal, la mejora en el estado de ánimo, aumento en la frecuencia de ejercicio físico, entre otras. Otro estudio en Bogotá Colombia dirigido por Bello y Vargas (2013), cuyo objetivo fue estudiar el impacto de la ACT sobre la flexibilidad psicológica en HSH y con diagnóstico de VIH, evidenció un aumento de la flexibilidad psicológica en los hombres con el diagnóstico de VIH.

Teniendo en cuenta lo anterior, Páez et al. (2005), mencionan que la ACT busca la flexibilidad psicológica y una vida con significado basada en lo que es importante para cada individuo, es decir sus valores. De esta forma la terapia de Aceptación y compromiso beneficiaría notablemente a muchas personas que viven con el VIH, pues cuando llega esta

condición a sus vidas y el consecuente malestar psicológico implicado en la aceptación de dicha enfermedad, las personas suelen comportarse de manera incongruente a los comportamientos que los acercan a una vida valiosa (Moitra et al., 2011; Patiño, 2013).

De acuerdo a lo explicado previamente, con el fin de abordar el malestar psicológico que suelen padecer los HSH con VIH, se requiere aplicar intervenciones psicológicas que cuenten con respaldo científico; Mañas (2007) respalda la idea de que las terapias de tercera generación buscan construir repertorios de conducta amplios, flexibles y efectivos y es acá donde la ACT, se ha propuesto abordar diferentes problemas relacionados al VIH-SIDA como la AT y la flexibilidad psicológica (Patiño, 2013; Bello y Vargas, 2013)

De esta forma, es necesario incorporar, en las personas que viven con VIH y padecen problemas a nivel afectivo y emocional, tratamientos psicológicos con una aplicabilidad más amplia que aborden problemas de salud mental (Scott-Sheldon et. al, 2008). Un enfoque amplio que permita abordar diferentes problemas emocionales, es fundamental para los problemas complejos que enfrentan muchas personas que viven con el VIH (O’Cleirigh y Safren, 2008). La ACT brinda una forma de intervenir sobre los eventos privados aversivos de HSH y que viven con el VIH, enfocándose en la aceptación radical de su diagnóstico, flexibilizando los comportamientos y encaminándolos hacia los valores personales, incrementando así los comportamientos relacionados a la AT (Patiño, 2013).

Los protocolos breves de la ACT enfocados en el pensamiento negativo repetitivo, han demostrado efectividad en el impacto tanto de las medidas propias de la ACT como las medidas de sintomatología emocional y de preocupación-rumia, esta misma efectividad también la evidencian otros protocolos de ACT con más sesiones (Dereix-Calonge et al., 2019). No obstante las intervenciones psicoterapéuticas breves pueden beneficiar a los HSH con VIH positivo, en la

medida que la adherencia al tratamiento implica, según Arístegui et al. (2014), la comprensión y aplicación de las recomendaciones médicas, el cumplimiento de un tratamiento médico con controles mensuales, el tratamiento de otras enfermedades relacionadas o no al VIH, e intervenciones psicosociales, debido a que se suelen tener varios tratamientos, resultaría beneficioso un protocolo breve de psicoterapia que permita al individuo con VIH optimizar su tiempo.

Así mismo, según Ruiz et al., (2016) un protocolo breve de la ACT permite no solo incrementar la flexibilidad psicológica en esta población, sino también incrementar los comportamientos que acercan a la persona a una vida valiosa, esto se debe a que al reducirse las funciones discriminativas de los eventos privados aversivos de la persona, se permite la aparición de funciones augmentals apetitivas o acciones orientadas a lo importante. Estas acciones orientadas a lo importante, podrían ser entendidas como comportamientos de AT, pues según Santamaría y Uribe (2017), el autocuidado físico, emocional y sexual son comportamientos que están relacionados a la AT. Por otra parte, los resultados de las investigaciones de Ruiz et al. (2016, 2018 y 2019) demuestran que los tamaños del efecto de los protocolos de una, dos y tres sesiones, fueron altos tanto en medidas de sintomatología de ansiedad, depresión y estrés, como en las medidas relacionadas con el pensamiento negativo repetitivo y las relacionadas con la flexibilidad psicológica como el AAQ-II, CFQ y VQ. Las intervenciones psicoterapéuticas son de gran importancia para las personas con el diagnóstico de VIH y sus familias debido a la comorbilidad con alteraciones emocionales, la discriminación y el rechazo social; así mismo, se precisa urgente y necesario implementar intervenciones psicológicas que favorezcan la construcción de recursos para el desarrollo de la adherencia al tratamiento médico, la disminución en la propagación del VIH y la prevención de reinfecciones con otras cepas del VIH

u otras infecciones de transmisión sexual (Macías et al., 2018 y Marichal et al., 2013). De esta manera, el presente estudio pretende resolver la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de un protocolo de 2 sesiones de la ACT, sobre la flexibilidad psicológica y la adherencia al tratamiento, en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres diagnosticados con el VIH?

Aspectos Metodológicos

Problema de Investigación

¿Cuál es el efecto de un protocolo de 2 sesiones de la ACT, sobre la flexibilidad psicológica y la adherencia al tratamiento, de un grupo de hombres que tienen sexo con hombres diagnosticados con el VIH?

Objetivos

El presente estudio consideró los objetivos que se presentan a continuación.

Objetivo general

) Estimar el efecto de un protocolo de intervención breve de dos sesiones basado en la ACT, sobre la adherencia al tratamiento y la flexibilidad psicológica en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres diagnosticados con VIH positivo.

Objetivos específicos

) Evaluar el efecto del protocolo sobre las conductas de AT mediante análisis visual y medidas de no solapamiento de las observaciones.

) Estimar el efecto del protocolo sobre las conductas de no AT mediante análisis visual y medidas de no solapamiento de las observaciones.

) Analizar cuantitativamente el efecto del protocolo sobre la flexibilidad psicológica.

) Verificar cuantitativamente el efecto del protocolo sobre síntomas de ansiedad, estrés y depresión.

Variables

Variable Independiente

Protocolo de dos sesiones de ACT

El protocolo de dos sesiones de ACT centrado en dismantelar patrones de pensamiento negativo repetitivo (Ruiz et al., 2020), tiene como fin: (a) establecer la diferencia entre comportarse de acuerdo con reglas de aumento apetitivas (es decir, direcciones valoradas) versus funciones discriminativas derivadas de eventos privados en curso; (b) identificar la preocupación y la rumia como las causas y componentes principales de la evitación experiencial; (c) identificar los principales factores desencadenantes del consultante que dan inicio a la preocupación y la rumia; (d) explorar cómo ambas formas RNT (preocupación y rumia) generalmente conducen a participar en estrategias adicionales de evitación experiencial; (e) ayudar al consultante a percibir las consecuencias contraproducentes de comportarse en coordinación con las funciones discriminatorias de los desencadenantes (es decir, preocuparse, rumiar y las demás estrategias de evitación experiencial); (f) desarrollar la capacidad de enmarcar los desencadenantes en curso para RNT a través de una relación jerárquica con el deíctico “yo” a fin de provocar una reducción de sus funciones discriminativas y (g) ayudar al consultante a conectarse con funciones adicionales y acciones específicas en relación a acciones valoradas.

Sesión 1

En la primera parte de esta sesión, se estableció el contexto para realizar una intervención breve. A continuación se expuso el esquema de trabajo y el establecimiento de la preocupación/rumia como el foco de evaluación e intervención, exponiéndose el objetivo de acercar al participante a una dirección valiosa en su vida, mientras disminuyen las acciones que alejan de dicha dirección, después de esto se procedió a explicar el proceso de

preocupación/rumia y cómo este puede funcionar como una actividad que aleja al participante de la dirección valiosa.

En la segunda parte de esta sesión se identificó la jerarquía de disparadores de preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales del participante, acá se indagaron los eventos privados más aversivos siguiéndose el lineamiento sugerido por el protocolo; a continuación se indagaron otras estrategias de evitación experiencial y por último se permitió que el participante contactara con las consecuencias de la preocupación/rumia y las otras estrategias de evitación experiencial formulando preguntas como.

En la tercera parte de esta sesión, se introdujo una metáfora física que condensa y amplía las secuelas del patrón de evitación experiencial y plantea una alternativa fundada en discriminar el proceso de preocupación/rumia, tomar perspectiva y conectar con direcciones y acciones de valor. Por último se implementó un ejercicio físico para practicar la discriminación del proceso de preocupación/rumia y la toma de perspectiva, este ejercicio pretende que el participante simule el proceso de enredarse con los pensamientos y cómo desenredarse. A lo último de la sesión se le entregó el archivo de audio, este tiene como fin ayudar al participante a desarrollar la habilidad de darse cuenta de la diferencia existente entre enredarse y no enredarse con sus pensamientos y aprender a dejarlos estar eligiendo hacer lo que lo acerca a una vida más valiosa.

A modo de resumen, esta sesión tuvo los siguientes objetivos: (a) Presentar la justificación de la intervención; (b) Identificar los principales factores desencadenantes para iniciar la preocupación / rumia y otras estrategias de evitación experienciales relacionadas; (c) Promover la discriminación del efecto contraproducente de la participación en la preocupación / rumia y otras estrategias de evitación experienciales y (d) Identificar el proceso del pensamiento negativo repetitivo y entrenamiento de defusión cognitiva (Ruiz et al., 2020).

Sesión 2

Esta sesión estuvo compuesta por ejercicios que permitieran fortalecer la habilidad de defusión cognitiva, mediante dejar estar los pensamientos y no enredarse o luchar con ellos. Los ejercicios utilizados para este fin fueron la práctica de la defusión con eventos privados neutros, ligeramente aversivos y muy aversivos y el ejercicio de darse cuenta del funcionamiento del proceso de rumiar mediante la asociación libre de palabras. También tuvo como objetivo, la clarificación de valores y acciones valiosas como aspecto fundamental de la ACT, descubriendo valores en la vida del participante y formando conciencia sobre la importancia y consistencia de esos valores, mediante la identificación de acciones cotidianas valiosas y las barreras existentes para poderlas ejecutar. Se finalizó esta sesión entregando al participante los tres archivos de audio restantes, informando la importancia de escucharlos diariamente durante los próximos 15 días, es decir hasta finalizar la fase de seguimiento de la investigación. A manera de resumen los objetivos de esta sesión fueron el entrenamiento en defusión cognitiva y la identificación y compromiso con acciones valiosas (Ruiz et al., 2020).

Variables Dependientes

Conductas de adherencia al tratamiento

Las conductas de AT se refieren a la frecuencia diaria de emisión de dichas conductas medidas a través de un autorregistro diario. El registro se construyó como una lista de chequeo que permitiera a cada sujeto señalar las conductas de adherencia y no adherencia al tratamiento realizadas durante el día en curso, por esta razón fue diligenciado por las noches antes de que el participante se fuera a dormir. A continuación se enumeran los comportamientos que fueron medidos: (a) tomar los medicamentos antirretrovirales según la prescripción médica teniendo en cuenta el horario, cantidad y frecuencia de la dosis; (b) asistir a las citas médicas; (c) realizarse

exámenes sanguíneos; (d) realizar ejercicio de forma regular; (e) alimentarse según prescripción del médico especializado; (f) abstenerse del consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); (g) adoptar medidas de prevención de reinfección por VIH y otras ITS (uso de condón, realización de prácticas sexuales que no impliquen penetración sin condón); (h) observar el propio cuerpo para detectar cambios; (i) realizar una o varias actividades de interés personal; (j) utilizar ropa limpia; (k) lavarse los dientes 3 veces al día (Varela et. al, 2008) ; (l) realizar las actividades programadas para el día a pesar de los efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales; (m) discutir con los profesionales las dudas respecto al VIH y al plan de tratamiento; (n) buscar ayuda profesional para solucionar algún problema emocional; (ñ) buscar apoyo social en otras personas o grupos para solucionar situaciones difíciles o problemáticas; (o) llevar consigo dosis adicionales del medicamento; (p) tener reservas del medicamento; (q) reorganizar rutinas diarias para responder a necesidades relacionadas con el VIH y su tratamiento y (r) ajustar horarios de sueño (Amigo et. al, 2009).

Conductas de no adherencia al tratamiento

Adicionalmente se consideraron conductas de no AT, estas equivalen al abstenerse de ejecutar alguna de estas conductas o a ejecutar conductas no saludables como consumir algún tipo de sustancia psicoactiva. Se optó por hacer la medición tanto de conductas de adherencia como de no adherencia al tratamiento, debido a que al ser el autorregistro de diligenciamiento diario, habían conductas que no correspondían a una frecuencia diaria, como el caso de las siguientes: (a) tener relaciones sexuales sin protección durante ese día, (b) continuar con los planes del día aunque el medicamento generase efectos adversos, (c) discutir con profesionales de la salud las dudas respecto al VIH y el plan de tratamiento, (d) buscar apoyo social para solucionar situaciones difíciles que requieran un apoyo externo, (e) llevar dosis adicionales de

antirretrovirales si se va a ausentar de la casa y (f) reorganizar rutinas diarias para responder a necesidades relacionadas con el VIH y su tratamiento.

Flexibilidad psicológica

Los instrumentos utilizados para medir la flexibilidad psicológica se señalan a continuación.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

Esta escala de Bond et. al., (2011), es utilizada para medir la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, dos constructos clave en la terapia de aceptación y compromiso (ACT). La consistencia interna de este instrumento en sus distintas muestras es buena, con un alfa de Cronbach entre .88 y .91. El modelo de un factor encontrado en la escala mostró buen ajuste a los datos. También se encontró invariancia de medición entre la muestra (clínica y no clínica) y el género. Esta escala fue sensible a los efectos de una intervención de ACT de una sesión y las puntuaciones de la AAQ-II se relacionaron significativamente con los síntomas emocionales, la atención plena, la satisfacción con la vida y las actitudes disfuncionales. La versión española del AAQ-II muestra buenas propiedades psicométricas en Colombia, no obstante, la validación de esta escala en población colombiana fue realizada por Ruiz et. al (2016a); Esta escala está compuesta por 7 ítems y la forma de respuesta es mediante escala Likert de 1 a 7, donde 1 equivale a “nunca es verdad” y 7 a “siempre es verdad”. La puntuación media en el AAQ-II en una muestra clínica colombiana ($N = 277$) fue de 29,67 ($DE = 10,3$), mientras que la puntuación en una muestra general no clínica fue de 22,86 ($DE = 9,51$) (Ver Anexo D.).

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

Esta escala mide el grado de fusión cognitiva (Gillanders et al., 2014). La consistencia interna entre las diferentes muestras es buena, con alfa de Cronbach entre .89 y .93, así mismo, la invariancia de la medición se evidenció en la muestra y el género. La puntuación media de la muestra clínica en el CFQ fue significativamente mayor que las puntuaciones de las muestras no clínicas, esta escala fue validada en población colombiana por Ruiz et. al (2017b); Esta escala está compuesta por 7 ítems y la forma de respuesta es mediante escala Likert de 1 a 7, donde 1 equivale a “nunca es verdad” y 7 a “siempre es verdad” (Ver Anexo E).

Values Questionnaire (VQ)

Esta escala de Smout et al., (2014), mide los valores según la definición suministrada por la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Tiene una estructura sólida de dos factores, que comprende el progreso y la obstrucción. La VQ muestra una buena consistencia interna y validez convergente e incremental. La consistencia interna en las diferentes muestras fue buena, con un alfa global de Cronbach de .83 para Progreso y de .82 para obstrucción. Esta escala se encuentra en estado de validación por Ruiz et. al (2016b); Esta escala está compuesta por 10 ítems y la forma de respuesta es mediante escala Likert de 0 a 6, donde 0 equivale a “en absoluto verdad” y 6 a “completamente verdad” (Ver Anexo F.)

Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

El objetivo de esta escala es emitir un indicador general de síntomas emocionales relacionados con depresión, ansiedad y estrés. El DASS-21 goza de buenas propiedades psicométricas en la muestra colombiana, su estructura jerárquica de factores indica que proporciona medidas generales y específicas de los síntomas emocionales que son teóricamente significativos (ver Anexo C.). El alfa de Cronbach (consistencia interna) del DASS-21 cuenta con valores alfa de .92 a .95. Los alfa para las subescalas (depresión, ansiedad y estrés) fueron

buenos, en la sub-escala de depresión arrojó valores de .86 a .92, de ansiedad de .80 a .87 y la de estrés de .80 a .86. Esta escala cuenta con 21 ítems cuya forma de respuesta está determinada con escala Likert, donde 0 equivale a “nunca me ha ocurrido” y 3 “me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo” (Ruiz et. al, 2017a y Antoni, et. al, 1998).

Hipótesis

H1. Si la aplicación del protocolo ACT tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento, entonces se observará un aumento en la frecuencia de estas conductas entre las fases.

H2. Si la aplicación del protocolo de ACT tiene efecto sobre la flexibilidad psicológica, entonces se observará un cambio en las medidas de fusión cognitiva, evitación experiencial y acciones valoradas.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. En este, la selección de los sujetos a estudiar, dependió del cumplimiento de criterios que se establecieron para la investigación; en cuanto a que fue por conveniencia, se refiere a que se seleccionaron los casos que fueron accesibles para el investigador (Otzen y Manterola, 2017).

La muestra estuvo conformada por 5 hombres mayores de 18 años, diagnosticados con VIH y que reportaron pertenecer a la comunidad gay o tener sexo con hombres.

Criterios de inclusión:

-) Ser del sexo masculino,
-) Ser diagnosticado hace más de seis meses con VIH positivo,
-) Reportar haber tenido sexo con otros hombres,

) Reportar dificultades para emitir tres o más conductas de AT durante las últimas cuatro semanas,

) Haber sido diagnosticado con el VIH positivo desde hace seis meses o más.

Y criterios de exclusión:

) Cumplir con los criterios para un diagnóstico psicótico.

Tabla 1

Información demográfica y funcional de los participantes

	Edad	Estudio	Tiempo del Dx.	Áreas de vida	Desencadenantes para preocupación/rumia	Estrategias de evitación experiencial
R	33	Maestría	3 años y 6 meses	6	Me siento fracasado en todo, soy como la manzana podrida de la sociedad	Preocupación/rumia, beber y fumar; abstenerse de expresar opiniones y sentimientos; encerrarse en habitación y llorar; permanecer todo el día encerrado en su casa.
D	35	Bachiller	10 años	5	Tengo miedo de no lograr controlar mis pensamientos y quedarme solo. Estoy siendo castigado por Dios,	Preocupación/rumia, evitar contacto ocular, reuniones sociales, sacar celular para evitar la gente; encerrarse en la habitación; abstenerse de expresar opiniones y sentimientos.
J	40	Bachiller	14 años	6	Me siento fracasado en lo laboral, académico, en la relación de pareja, en lo sexual.	Preocupación/rumia, evitar expresar opiniones y emociones con las personas
H	44	Actualmente estudiando bachillerato	5 años	6	Tengo miedo al rechazo de las personas, me siento una carga, tengo miedo de quedarme solo. ¿Por qué me siento inferior a los demás?	Preocupación/rumia, llorar y lamentarse por la situación de silla de ruedas. Vigilar señales de rechazo en las personas, quedarse en cama sin hacer nada

M	37	Actualmente estudiando carrera profesional	2 años y 6 meses	4	Tengo miedo al rechazo y me siento fracasado en el trabajo y como hijo, hermano y amigo.	Preocupación/rumia, retirarse de las personas, responder de forma agresiva a las personas, fumar, encerrarse en el cuarto y llorar
---	----	---	---------------------	---	--	---

En la tabla 1 se puede observar que la mayoría de los participantes comprenden una edad entre los 30 y 40 años y que solo uno de ellos tiene una carrera profesional, mientras que la mayoría han llegado hasta el grado de bachiller; por otra parte se evidencia que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH supera en todos los participantes los dos años y medio, siendo D y J los participantes que superan los diez años con el diagnóstico. En la cuarta columna se enumeran las áreas de vida afectadas por la problemática emocional, las áreas afectadas de R son la familiar, ocupacional, emocional, sexual, afectiva y la social; las de D son la recreativa, salud, emocional, ocupacional y financiera; las de J son la familiar, ocupacional, emocional, financiera, sexual y afectiva; las de H son la sexual, afectiva, salud, social, familiar y la recreación y las de M son la social, recreativa, ocupacional y financiera. En esta tabla se muestra de manera puntual los desencadenantes de preocupación/rumia y las estrategias de evitación experiencial de cada uno de los participantes.

Diseño

Se realizó un diseño de caso único AB + seguimiento, el cual permitió obtener en la fase A, los registros de la línea base en torno a los comportamientos asociados con la AT mediante un auto registro diario y a la flexibilidad psicológica con el diligenciamiento de las escalas AAQ-II, CFQ, VQ y DASS-21; en la fase B se inició la aplicación del protocolo de la terapia breve de dos sesiones, dando continuidad a la observación de los comportamientos asociados a la AT (auto registro diario) y a la flexibilidad psicológica (diligenciamiento semanal de los cuestionarios);

por último, en la fase de seguimiento que tuvo como objetivo observar si los resultados obtenidos del tratamiento se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Instrumentos

Formato de Consentimiento informado

El consentimiento informado comprende dos aspectos esenciales, por una parte la participación en un proceso de investigación que conlleva el registro de las mediciones de las variables dependientes, a saber las conductas de adherencia y no adherencia al tratamiento y flexibilidad psicológica y por otra parte la aplicación de la variable independiente, es decir la intervención breve de la terapia de aceptación y compromiso de Ruiz et al. (2020). Por otra parte, este consentimiento informado comprende la explicación de los principios deontológicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (ver Anexo A).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI

Este instrumento diagnóstico está diseñado para ser aplicado en forma de entrevista, tiene una duración breve y explora algunos trastornos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 (ver Anexo B). La MINI tiene validez y confiabilidad moderadamente alta. Esta prueba puede ser aplicada tras un breve entrenamiento. El MINI posee 19 módulos que exploran 17 trastornos del eje I del DSM-IV. El módulo de trastornos psicóticos está compuesto por 13 preguntas, cuyas respuestas están codificadas de manera dicotómica, marcando SI o NO (Sheehan et, al, 2000).

La validación para el M.I.N.I. se obtuvo a partir de una muestra de 330 personas en Florida-Estados Unidos y 40 personas en Paris-Francia, obteniéndose una kappa de Cohen por encima 0.65 lo cual indica un resultado satisfactorio. Se contró una kappa de Cohen de 0.90 en trastornos alimentarios, trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, TEPT, Agorafobia, entre otros. Y resultados de kappa de 0.52 y 0.53 en la distimia y el trastorno psicótico

respectivamente. Así mismo, se examinó también la fiabilidad interevaluador y test-retest, donde los resultados apoyaron la validez y la fiabilidad de la MINI (Sheehan et al., 1997).

Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)

El objetivo de esta escala es emitir un indicador general de síntomas emocionales relacionados con depresión, ansiedad y estrés. Este instrumento se encuentra descrito en el apartado de las variables.

Escalas de flexibilidad psicológica

La escala AAQ-II es utilizada para medir la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, dos constructos clave en la terapia de aceptación y compromiso (ACT). La escala CFQ es utilizada para medir el grado de fusión cognitiva; y la escala VQ mide los valores según la definición suministrada por la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Estos tres instrumentos se encuentran descritos en el apartado de las variables.

Registro de conductas de adherencia al tratamiento

El instrumento para registrar las conductas de AT se conformó a partir de un listado de conductas de adherencia y de no adherencia al tratamiento. Se configuró en la plataforma *Microsoft Forms*, para que cada participante lo diligenciara desde su dispositivo celular o computador.

Protocolo de dos Sesiones de ACT

Este protocolo hace parte de la línea de investigación que pretende demostrar la efectividad de protocolos breves de la terapia de aceptación y compromiso, la cual es llevada a cabo en el laboratorio de psicología clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, otra aplicación de este protocolo puede revisarse en Ruiz et al. (2020).

Procedimiento

Fase 1

Contacto con la población. Se contactó con diversas entidades que prestan servicios de salud a población con VIH/SIDA mediante una carta firmada por el estudiante, el director de tesis y el director de posgrados de la institución universitaria, donde se solicitó la colaboración por parte de directores y coordinadores de dichas entidades para reclutar los participantes. Se procedió a agendar una reunión presencial con cada una de las entidades que mostraron interés en conocer más acerca del estudio, donde se explicó el proceso de la investigación y el papel de los participantes en ella. La explicación se realizó a través de una presentación en Power Point mediante la cual se dieron a conocer los aspectos generales de la investigación, enfatizando en los beneficios para los participantes, el manejo de los datos con altos estándares éticos y el aporte general a la comunidad, por último se les entregó un cronograma general del proceso para que este fuera socializado con los posibles participantes del estudio (Ver Anexo G).

Fase 2

Evaluación. Se realizó una reunión con cada uno de los participantes donde se explicó el propósito y características del estudio, los aspectos éticos más relevantes, con la respectiva lectura y firma del consentimiento informado y el requisito de aplicar los instrumentos de evaluación DASS-21, CFQ, VQ y AAQ-2 durante el transcurso del proceso, es decir línea base, tratamiento y seguimiento) y el autorregistro de diligenciamiento diario de las conductas de AT que también debía ser diligenciado. Este auto-registro diario se creó en la plataforma digital Microsoft Forms que permite crear encuestas, registros y cuestionarios de forma gratuita, esta también tiene la facilidad de ser compartida vía Whatsapp y de esta forma cada participante

podía responder de forma rápida todas las noches, cuáles comportamientos asociados a la AT realizó durante el transcurso del día.

A continuación, en esta fase se aplicó una entrevista semiestructurada que recopilara información sobre conductas problema, áreas de ajuste del participante y las principales hipótesis diagnósticas, también se indagó sobre aspectos generales acerca de su proceso salud-enfermedad y el tiempo que llevaba con el diagnóstico del VIH positivo; en esta entrevista, se aplicaron las preguntas del módulo de trastornos psicóticos del instrumento MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) ver Anexo, con el fin de excluir del estudio los participantes que cumplieran con los criterios diagnósticos de algún trastorno psicótico. Por último, se realizó la primera aplicación de las escalas DASS-21, AAQ-II, CFQ y VQ, indicándoles que posteriormente dichas escalas iban a ser aplicadas semanalmente de forma virtual enviándoselas a sus correos electrónicos para ser diligenciadas y reenviadas.

Fase 3

Intervención. Una vez obtenida la información de la línea base, se procedió a la aplicación del protocolo de terapia de dos sesiones en formato semanal, y se recordó la importancia en diligenciar el auto-registro de conductas de AT todas las noches antes de acostarse, también se indagaron dificultades de los participantes en torno al diligenciamiento virtual de las escalas de flexibilidad y el auto-registro diario. Por último, finalizada cada sesión se hizo envío por Whatsapp de los archivos de audios de práctica de cada sesión y que cada participante estaba comprometido a escuchar diariamente una o más veces, pues dicho protocolo tiene como parte del proceso que el participante pueda practicar ejercicios importantes vistos en la sesión.

Fase 4

El seguimiento se llevó a cabo por dos semanas más, también se continuó con el diligenciamiento del cuestionario de auto-registro de comportamientos de AT. Después de la segunda semana se aplicaron nuevamente las escalas de flexibilidad psicológica.

Fase 5

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el índice de no solapamiento de TAU-U, este se ajusta de acuerdo a la tendencia de las medidas conformadas en línea base en un diseño AB, también permite controlar la tendencia indeseable de la fase A (Matas-Terrón, 2017 y Parker et al., 2011). Para analizar los resultados obtenidos en el cuestionario de AT se procedió a hallar el tamaño del efecto dado por el criterio del TAU-U y las diferencias significativas dadas por el P-valor entre la línea base vs el tratamiento, línea base vs seguimiento y tratamiento vs seguimiento. Y para el análisis de los resultados de la sintomatología emocional (DASS-21) y de la flexibilidad psicológica (VQ, CFQ y AAQ-II), se obtuvo el índice de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) para observar las diferencias entre el pre y el post y el pre y el seguimiento.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los siguientes principios de la ley del psicólogo 1090 de 2006 (Ley 1090 de 2006, 2006).

Los principios de autonomía y beneficencia fueron tenidos en cuenta, al dar prioridad al brindar bienestar a todos los participantes, ofreciendo información verídica de todo el proceso de evaluación e intervención, así como las características de la investigación a realizar, dando libertad de abandonar el proceso investigativo sin ningún tipo de consecuencia negativa para la persona y ofreciendo los más altos estándares de calidad durante todo el proceso del estudio.

El objetivo del presente estudio fue contribuir al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano, respetando la dignidad y bienestar de los participantes y teniendo en cuenta el pleno conocimiento de la normatividad legal que regula la investigación con personas. No se ejerció ningún tipo de discriminación hacia los participantes por su orientación sexual y condición de VIH positivo, fundamentando el respeto por la vida y la dignidad de ellos. Adicionalmente cabe resaltar que esta investigación desarrollada con humanos no implicó ningún tipo de riesgo para los participantes (Giraldo, 1997).

Para el cumplimiento de estos principios éticos que rigen el ejercicio de la psicología, se hizo énfasis en el consentimiento informado ver Anexo A, el cual contiene la justificación y objetivos del estudio, el procedimiento a llevar a cabo, el propósito del estudio, los riesgos y beneficios de participar, la libertad en retirar este consentimiento en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia negativa y la absoluta confidencialidad de los datos suministrados por los sujetos. De esta forma prevalece el interés del participante por sobre el de la ciencia y la sociedad, en coherencia con los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia (Giraldo, 1997 y Ley 1090 de 2006, 2006).

Por último, se informó a cada uno de los participantes que si al finalizar la investigación alguno continuaba teniendo dificultades emocionales relacionadas al diagnóstico funcional detectado, el autor del presente estudio suministrará la continuidad del tratamiento psicológico de forma gratuita.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las variables dependientes revisadas en el presente estudio, a saber, las conductas de AT y la flexibilidad psicológica.

En la figura 1 y 2 se presenta la descripción visual de los cinco participantes en torno a los comportamientos de adherencia y no adherencia al tratamiento (respectivamente) en las mediciones de línea base, tratamiento y de seguimiento.

Conductas de adherencia al tratamiento y no adherencia al tratamiento.

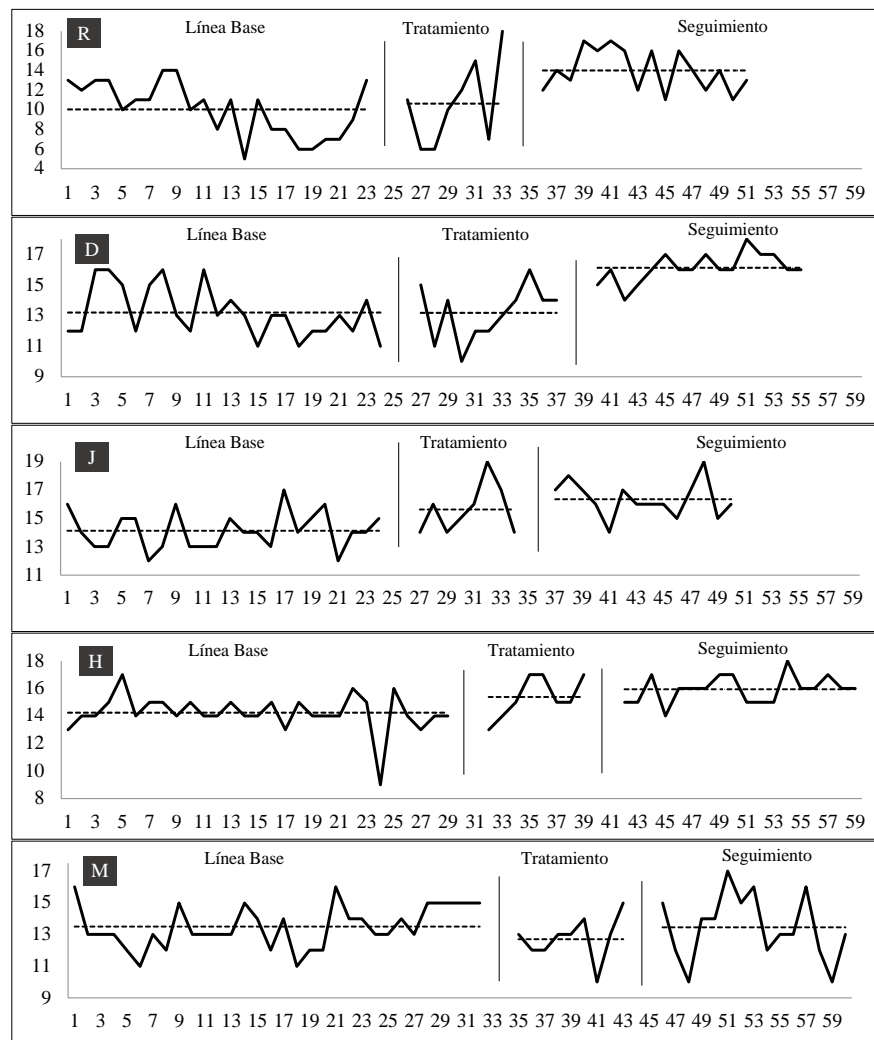
En la figura 1 se observa que la tendencia de la línea base de los participantes M y R es variable, mientras que la de los otros tres tiende a ser menos variable. Por otra parte se observa en los participantes R y D muestran un aumento notable de los comportamientos de AT entre las fases de línea base a seguimiento, para los participantes H y J hay un aumento pero no tan notorio, mientras que el participante M disminuyó la frecuencia de estas conductas durante la fase de tratamiento y regresó al nivel inicial durante el seguimiento.

Por otro lado en las conductas de No AT (ver figura 2), se puede observar que dichos comportamientos tendieron a disminuir de la fase de línea base al seguimiento, lo cual no se evidencia en el caso M donde no se ve de forma clara un decremento de estas conductas, por el contrario presenta picos que sugieren un aumento de las conductas de no AT en los días 47, 53, 57 y 59.

Para los participantes R y D se observa una dinámica similar a la registrada por M en las conductas de no adherencia: durante la fase de tratamiento los comportamientos de no AT aumentaron, pero durante el seguimiento recuperaron niveles menores a los observados durante la línea base.

Figura 1

Medidas Repetidas: Conductas de Adherencia al Tratamiento

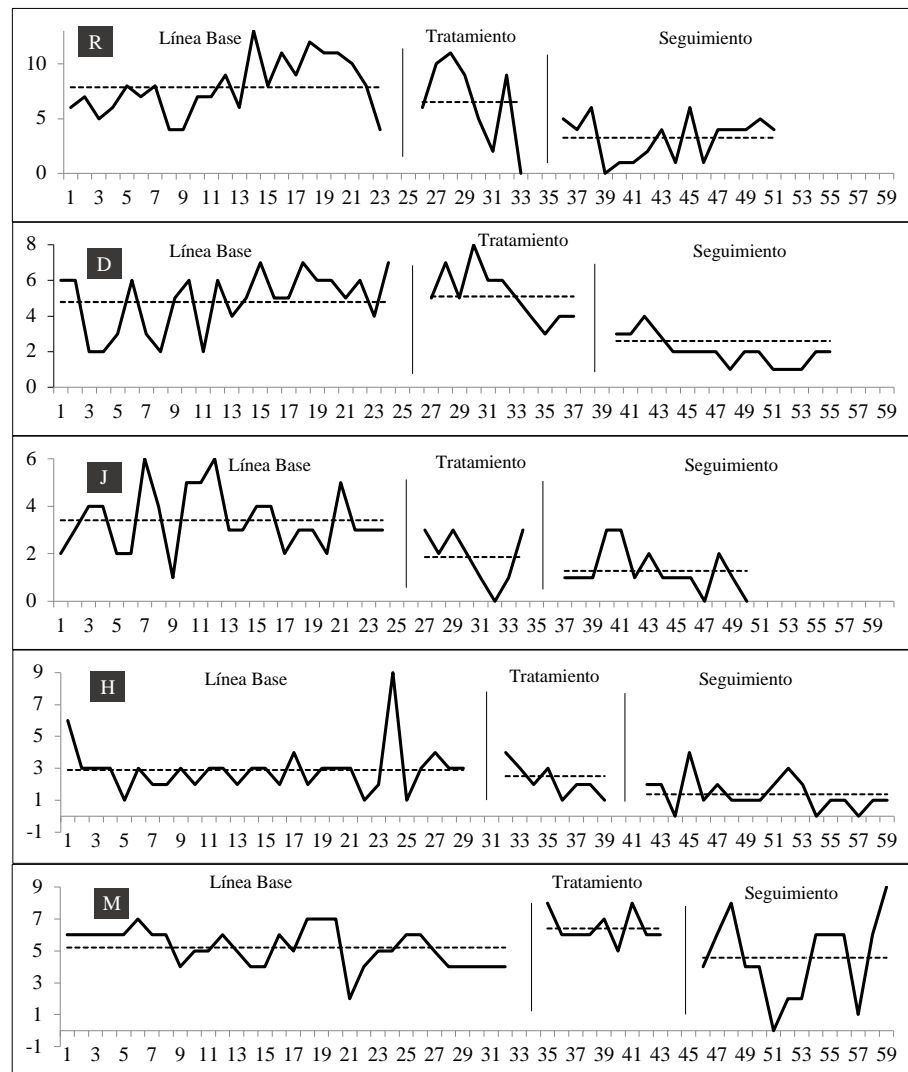


Nota. Las letras en rectángulos sombreados indican el seudónimo del participante.

En la misma línea, es interesante observar que, especialmente en las conductas de adherencia, durante la fase de tratamiento los comportamientos presentaron mayor inestabilidad; sin embargo, terminaron estabilizándose en la fase de seguimiento, excepto en el participante M.

Figura 2

Medidas Repetidas: Conductas de No Adherencia al Tratamiento.



Nota. Las letras dentro de rectángulos sombreados indican el seudónimo del participante.

Si bien las gráficas dan cuenta que las conductas de AT tienden a aumentar y las de no adherencia tienden a disminuir en la mayoría de los participantes, es importante observar un análisis estadístico, en el cual se ven las medidas de TAU-U para calcular los cambios en el efecto del tratamiento en las fases pre, post y seguimiento.

En primera medida, en la Tabla 2, se puede evidenciar que los participantes R y M requirieron la corrección de la tendencia de línea base. En cuanto al cambio producido en la línea

base versus el tratamiento solo se observaron efectos moderados en los participantes R, J y H, el caso M no mostró efecto sin embargo obtuvo un puntaje negativo que indica que disminuyó muy poco las conductas de AT.

Tabla 2*Conductas de adherencia al tratamiento*

		Caso R	Caso D	Caso J	Caso H	Caso M	Ponderado
Trend Línea Base	S	-106	-75	24	-29	128	
	PAIRS	253	276	276	406	496	
	TAU	-0,42	-0,27	0,08	-0,07	0,26	
	P Value	0,005	0,06	0,55	0,58	0,04	
Línea Base Vs Tratamiento	S	110	9	96	98	-130	
	PAIRS	184	264	192	232	480	
	TAU	0,6	0,03	0,5	0,42	-0,27	0,22
	P Value	0,01	0,87	0,03	0,07	0,14	0,02
Línea Base Vs Seguimiento	S	375	318	257	384	-130	
	PAIRS	368	384	336	522	480	
	TAU	0,99	0,83	0,76	0,73	-0,27	0,61
	P Value	<0,01	<0,01	0,0001	<0,01	0,138	<0,01
Tratamiento Vs Seguimiento	S	67	154	36	32	27	
	PAIRS	128	176	112	144	135	
	TAU	0,52	0,87	0,32	0,22	0,2	0,43
	P Value	0,04	<0,01	0,22	0,37	0,42	0,0001

El cambio entre la línea base versus el seguimiento de los participantes R, D, J y H fue efectivo (TAU-U= 1, 0.83, 0.76 y 0.73 respectivamente), es decir que el tratamiento mostró un tamaño del efecto alto, que se pudo observar tras dos semanas después de haber retirado el tratamiento.

En cuanto al tratamiento versus el seguimiento, los participantes J, H y M no evidenciaron cambios entre estas dos fases (TAU-U= 0.22, 0.37 y 0.42 respectivamente), de manera que tras retirado el tratamiento las conductas de AT se mantuvieron estables en dichos

participantes. Por el contrario, los casos R y D mostraron cambios moderado y muy alto (TAU-U=0.52 y 0.87 respectivamente), lo cual sugiere que una vez retirado el tratamiento, las conductas de AT de estos dos participantes continuaron aumentando. Se puede evidenciar también los resultados ponderados en la tabla 2, de acuerdo con la línea base vs el tratamiento y el tratamiento vs el seguimiento no se evidenció efectividad (TAU-U= 0.22 y 0.43 respectivamente), pero de acuerdo con la línea base vs el seguimiento se observó una efectividad moderada del tratamiento y además muy significativa (TAU-U= 0.61; $p= 0$).

Tabla 3*Conductas de No adherencia al tratamiento*

		Caso R	Caso D	Caso J	Caso H	Caso M	Ponderado
Trend Línea Base	S	87	73	-6	8	-156	
	PAIRS	253	276	276	406	496	
	TAU	0,34	0,26	-0,02	0,02	-0,31	
	P Value	0,02	0,07	0,88	0,88	0,01	
Línea base Vs Tratamiento	S	-115	12	-116	-65	308	
	PAIRS	184	264	192	232	288	
	TAU	-0,62	0,04	-0,6	-0,28	1,07	-0,06
	P Value	<0,01	0,83	0,01	0,23	<0,01	0,57
Línea Base Vs Seguimiento	S	-401	-308	-274	-346	96	
	PAIRS	368	384	336	522	448	
	TAU	-0,99	-0,8	-0,81	-0,66	0,21	-0,63
	P Value	<0,01	<0,01	<0,01	0,0002	0,25	<0,01
Tratamiento Vs Seguimiento	S	-68	-168	-36	-66	-57	
	PAIRS	128	176	112	144	126	
	TAU	-0,53	-0,95	-0,32	-0,46	-0,45	-0,55
	P Value	0,03	<0,01	0,22	0,06	0,07	<0,01

En segunda instancia, de acuerdo con la tabla 3, se puede observar que al igual que en la tabla anterior, las tendencias de las líneas base de los participantes R y M también tuvieron que ser corregidas. En cuanto al cambio de la línea base versus el tratamiento, sólo R y J mostraron

un efecto moderado tras el tratamiento siendo este cambio muy significativo en ambos participantes (TAU-U= -0.62 y -0.6; $p=0$ y 0 respectivamente).

En cuanto a la línea base versus el seguimiento se observaron efectos del tratamiento logrando disminuir la frecuencia de conductas de No AT en los participantes R, D, J y H, siendo en los tres primeros un efecto muy alto (TAU-U= -1, -0.8 y -0.8; $p=0$, 0 y 0 respectivamente) y en el último un efecto moderado (TAU-U= -0.7; $p=0$).

Considerando el tratamiento versus el seguimiento se evidencio una efectividad moderada en los participantes R, H y M (TAU-U= -0.5, -0.46 y 0.45; $p=0$, 0 y 0 respectivamente) y una efectividad alta en el caso D (TAU-U= -0.9; $p=0$), esto sugiere que una vez retirado el tratamiento las conductas de no AT continuaron disminuyendo en los 4 participantes. En cuanto a los resultados ponderados se puede evidenciar que, en línea base vs tratamiento y en tratamiento vs seguimiento no se observó efectividad del tratamiento, pero sí se observó una efectividad moderada y muy significativa en la línea base vs el seguimiento (TAU-U= -0.63; $p=0$).

Flexibilidad psicológica

Los resultados obtenidos en la medición de la sintomatología emocional mediante el DASS-21 y flexibilidad psicológica CFQ, VQ y AAQ-II se presentan a continuación.

Tabla 4.

Medidas pre, post y seguimiento de la flexibilidad psicológica

Variables		Participantes				
		Caso R	Caso D	Caso J	Caso H	Caso M
DASS-21 depresión	Pre	16	15	11	6	10
	Post	10	4	12	2	7
	Seguimiento	6	6	7	1	1
	Diferencia Pre - post	6*	11*	-1	4	3
	Diferencia Pre - Seguimiento	10*	9*	4	5*	9*
	Diferencia post - seguimiento	4	-2	5*	1	6*
	Criterio Cambio Fiable	4.79	4.79	4.79	4.79	4.79
DASS-21 ansiedad	Pre	11	3	10	3	5
	Post	9	5	12	0	9
	Seguimiento	5	6	11	1	2
	Diferencia Pre - post	2	-2	-2	3	-4
	Diferencia Pre - Seguimiento	6*	-3	-1	3	3
	Diferencia post - seguimiento	4	-1	1	-1	7*
	Criterio Cambio Fiable	5.43	5.43	5.43	5.43	5.43
DASS-21 estrés	Pre	20	11	9	7	10
	Post	14	5	15	6	14
	Seguimiento	2	7	13	3	8
	Diferencia Pre - post	6*	6*	-6	1	-4
	Diferencia Pre - Seguimiento	18*	4	-4	4	2
	Diferencia post - seguimiento	12*	-2	-2	-3	-6
	Criterio Cambio Fiable	5.37	5.37	5.37	5.37	5.37
DASS-21 general	Pre	47	29	30	16	25
	Post	33	14	39	8	30
	Seguimiento	13	19	31	5	11
	Diferencia Pre - post	14*	15*	-9	8*	-5
	Diferencia Pre - Seguimiento	24*	10*	-1	11*	14*
	Diferencia post - seguimiento	20*	-5	8	3	19*
	Criterio Cambio Fiable	9.15	9.15	9.15	9.15	9.15

Tabla 4. Continuación

Variables		Participantes				
		Caso R	Caso D	Caso J	Caso H	Caso M
CFQ	Pre	41	35	38	18	41
	Post	31	15	19	14	29
	Seguimiento	21	18	19	10	19
	Diferencia Pre - post	10*	20*	19*	4	12*
	Diferencia Pre - Seguimiento	20*	18*	19*	8*	22*
	Diferencia post - seguimiento	10*	-3	0	4	10*
	Criterio Cambio Fiable	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
VQ-Obstrucción	Pre	21	16	22	4	18
	Post	17	6	2	7	12
	Seguimiento	11	7	13	2	8
	Diferencia Pre - post	4	10*	20*	-3	6
	Diferencia Pre - Seguimiento	10*	9	9*	2	10*
	Diferencia post - seguimiento	6	-1	-11	5	4
	Criterio Cambio Fiable	7.63	7.63	7.63	7.63	7.63
VQ-progreso	Pre	2	3	19	20	21
	Post	16	19	10	21	22
	Seguimiento	17	18	19	23	23
	Diferencia Pre - post	-14*	-16*	-9	-1	-1
	Diferencia Pre - Seguimiento	-15*	-15*	0	-3	-2
	Diferencia post - seguimiento	-1	1	-9	-2	-1
	Criterio Cambio Fiable	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9
AAQ	Pre	42	41	41	31	29
	Post	32	16	16	22	19
	Seguimiento	23	19	23	11	20
	Diferencia Pre - post	10*	25*	25*	9*	10*
	Diferencia Pre - Seguimiento	19*	22*	18*	20*	9*
	Diferencia post - seguimiento	9*	-3	-7	11*	-1
	Criterio Cambio Fiable	7,87	7,87	7,87	7,87	7,87

Al inicio de la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en la escala DASS-21 referente a la sintomatología emocional de los participantes, esta escala está dividida en sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y un resultado general, los cuales se describirán a continuación por cada participante.

En cuanto al caso R, se observó un decremento en los puntajes obtenidos en depresión con pre, post y seguimiento, mostrando un cambio fiable en las diferencias pre-post y pre-seguimiento. También se observó un decremento en la ansiedad, mostrando un cambio fiable en la diferencia entre pre-seguimiento. En cuanto al estrés, también se evidenció un decremento de la sintomatología mostrando cambio fiable en las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento; por último en la sintomatología general se evidenciaron cambios fiables en las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento; Así mismo, mediante el punto de corte 22.8 obtenido del DASS-21 tomando las medias y desviaciones estándar del grupo funcional y clínico, este participante logró un cambio clínicamente significativo en el seguimiento.

El caso D obtuvo en sintomatología de depresión un cambio fiable en las diferencias del pre-post y del pre-seguimiento. También hay un cambio fiable en la diferencia pre-post. Por último en cuando a la sintomatología general se evidenciaron cambios fiables en las diferencias pre-post y pre-seguimiento. De esta forma, mediante el punto de corte 22.8 obtenido del DASS-21 tomando las medias y desviaciones estándar del grupo funcional y clínico, este participante logró un cambio clínicamente significativo tanto en la medición del post como del seguimiento.

Para el caso J, en sintomatología de depresión se evidenció un cambio fiable solo en la diferencia post-seguimiento. En sintomatología de ansiedad no hubo variaciones significativas. El estrés tampoco constituyó variaciones significativas. Por último en sintomatología general, se observó un aumento en la diferencia pre-post pero sin constituir un cambio fiable, no obstante del pre al seguimiento la medida se mantuvo estable. De esta manera, mediante el punto de corte 22.8 obtenido del DASS-21 tomando las medias y desviaciones estándar del grupo funcional y clínico, este participante en las mediciones pre, post y seguimiento, arrojó puntajes dentro de la media del grupo clínico.

En cuanto al caso H, para depresión, se evidenció un cambio fiable en la diferencia pre-seguimiento. En la ansiedad no hubo cambios significativos. En cuanto a la sintomatología de estrés, aunque la sintomatología disminuyó no se constituye un cambio fiable en las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento. En la sintomatología general, se observó un cambio fiable en las diferencias pre-post y pre-seguimiento, pero no en la diferencia de post-seguimiento; Así mismo, H obtuvo un puntaje de 16 en el pretest que indica que se encontraba inicialmente en la media del grupo funcional y mantuvo su puntaje en las mediciones post y seguimiento

En cuanto al caso M, en la sintomatología de depresión, se observó un cambio fiable en las diferencias pre-seguimiento y post-seguimiento. En cuanto a la ansiedad hubo una disminución notable en el seguimiento, obteniéndose un cambio fiable en la diferencia post-seguimiento. El estrés disminuyó notablemente en el seguimiento. En cuanto a la sintomatología general se evidenciaron cambios fiables en las diferencias entre pre-seguimiento y post-seguimiento. De esta forma, el participante M, aunque aumentó el puntaje en el post, disminuyó notablemente en el seguimiento logrando un cambio clínicamente significativo acercándose a la media del grupo funcional.

En cuanto a la fusión cognitiva, se evidenció que los cinco participantes lograron mostrar un cambio fiable tanto en el pre-post como en el pre-seguimiento, a diferencia de H que solo en pre-seguimiento logró el cambio fiable. Por su parte R y M mostraron un cambio fiable en el post-seguimiento, lo cual indica que estos participantes continuaron mejorando una vez se retiró el tratamiento. Por otra parte, teniendo en cuenta el punto de corte 23 obtenido a través de las medias y desviaciones estándar de los grupos funcional y clínico, los participantes R, D y J lograron un cambio clínicamente significativo en las mediciones post y seguimiento, el

participante M logró este cambio en el seguimiento, mientras que el participante H obtuvo en la medición pre un puntaje dentro de la media del grupo funcional.

En cuanto a la medida de valores según la ACT, que se divide en obstrucción, que es la dificultad del participante para encaminarse a sus valores, y el progreso, que es la facilidad del participante en avanzar en dirección a sus valores; los participantes D y J mostraron en obstrucción, un cambio fiable en las diferencias del pre-post, mientras que R y M lo mostraron en la diferencia del pre-seguimiento; Por otra parte, el caso J obtuvo puntajes de 22, 2 y 13 en el pre, post y seguimiento respectivamente, se observa que tuvo un leve aumento de tres puntos en el post, pero disminuyó en el seguimiento y no se observaron cambios fiables en las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento. En cuanto al participante H se observa puntajes de 4, 7 y 2 en el pre, post y seguimiento respectivamente, aunque el puntaje aumento tres puntos en el post, disminuyo en el seguimiento. No se observaron cambios fiables en ninguna de las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento. Así mismo, el punto de corte de la sub escala de obstrucción fue de 13.3, donde los participantes D, J y M obtuvieron un cambio clínicamente significativo en la medición post y seguimiento, mientras que R logró este cambio clínicamente significativo en el seguimiento y H obtuvo un puntaje de 4 en el pre, que indica que se encontraba inicialmente en la media del grupo funcional, y mantuvo su puntaje en las mediciones post y seguimiento

En cuanto al progreso, los participantes R y D mostraron un aumento y cambio fiable en las diferencias pre-post y pre-seguimiento y una diferencia muy baja en el post-seguimiento lográndose una estabilidad del progreso después de retirado el tratamiento. Esto no sucedió con los casos J, H y M, estos participantes obtuvieron un puntaje alto en la medida del pre, en H y M esta medida fue muy similar en las mediciones del post y el seguimiento, mientras que en J

disminuyó en el post, pero en el seguimiento, volvió al mismo puntaje del pre. No se mostraron cambios fiables en ninguno de estos tres participantes en las diferencias pre-post, pre-seguimiento y post-seguimiento. En este sentido, teniendo en cuenta que el punto de corte obtenido a través del grupo funcional y clínico fue de 18, el participante D logró un cambio clínicamente significativo en la medición post y seguimiento aproximándose a la media del grupo funcional, el participante R aunque aumentó el puntaje no logró alcanzar el punto de control sin llegar a un cambio clínicamente significativo. Los participantes J, H y M obtuvieron puntajes de 19, 20 y 21 respectivamente en el pre test indicando tener un puntaje dentro de la media del grupo funcional y este puntaje se mantuvo bastante similar en las mediciones post y seguimiento, a diferencia de J que disminuyó notablemente en el post pero volvió a 19 en el seguimiento.

Por último en cuanto a la evitación experiencial de la escala AAQ-II, se evidenció un cambio fiable para el 100% de los participantes en el pre-post y en el pre-seguimiento y solo los participantes R y H tuvieron un cambio fiable en la diferencia de post-seguimiento, lo cual indica que la evitación experiencial en estos dos casos continuó disminuyendo después de retirado el tratamiento. Por último, teniendo en cuenta que el punto de corte obtenido a través del grupo funcional y clínico fue de 26, los participantes D, J, H y M lograron un cambio clínicamente significativo en las mediciones de post y seguimiento acercándose notablemente a la media del grupo funcional, y el participante R logró el cambio clínicamente significativo solo hasta la medición del seguimiento.

Discusión

En el estudio actual, se ha sugerido que la terapia de aceptación y compromiso es una estrategia terapéutica que además de desarrollar y fortalecer la flexibilidad psicológica, también

puede aumentar los comportamientos de AT de HSH y que viven con el VIH. Estos comportamientos de AT pueden verse como acciones valiosas según el modelo de la ACT, pues a través del relacionamiento con marcos relacionales *augmentals* la persona empieza a realizar acciones que ya no están bajo la función discriminativa de los eventos privados generadores de malestar, sino a contactar consecuencias naturales al ejecutar comportamientos enriquecedores enfocados a una vida valiosa.

En el presente estudio se observó un aumento significativo de la flexibilidad psicológica y de los comportamientos de AT en cuatro de los cinco participantes tras la aplicación de la intervención breve de dos sesiones de la ACT. A continuación se entrará a analizar los resultados obtenidos por los participantes.

Se considera que la variable de AT en VIH/SIDA es de fundamental importancia, pues como dicen Carballo et al. (2004) y Marco et al. (2000), esta variable está estrechamente relacionada con el éxito o fracaso terapéutico, pues no solo requiere la adhesión al medicamento antirretroviral sino a cambios en el estilo de vida.

En torno a las conductas de AT, se pudo evidenciar que estas aumentaron de manera significativa en cuatro de los cinco participantes del estudio, a excepción del caso M, quien disminuyó estas conductas en las fases de tratamiento y de seguimiento. A diferencia del resto de participantes es necesario dar a conocer que entre la primera y segunda sesión, el participante M sufrió una ruptura amorosa, que si bien manifestó que anticipaba dicho suceso, también mencionó que gran parte del tiempo, especialmente los fines de semana, solía compartirlo con él.

Por otra parte, se puede evidenciar que las frecuencias de comportamientos de adherencia y no adherencia al tratamiento mostraron una mayor inestabilidad en la fase de tratamiento, lo cual podría deberse a que algunos elementos de la intervención terapéutica comenzaron a tener

un impacto sobre las conductas de adherencia. Como se puede observar, este impacto se fue consolidando en la fase de seguimiento, lo cual conllevó a estabilizar la frecuencia de dichas conductas, esto se puede evidenciar mediante el chequeo visual de la figura 1 y 2 en los participantes R, D, M y J.

Por otra parte, en cuanto a las conductas de AT, algunos cambios no fueron evidentes en las mediciones durante la fase del tratamiento, pero sí durante la fase de seguimiento, es posible que se deba a que el tratamiento tuvo una corta duración en la cual no se evidenciarían cambios significativos en las dos semanas que comprendía la aplicación del protocolo, pero si se pudo observar cambios clínicamente significativos en el seguimiento debido a que los participantes pudieron adquirir repertorios más flexibles de respuesta encaminados a sus valores, lo cual repercutiría en el aumento de conductas de AT.

En cuanto a la flexibilidad psicológica, por ejemplo el CFQ que mide el grado de fusión cognitiva y el AAQ-II que mide el grado de evitación experiencial, hubo cambios fiables en las diferencias pre-post y pre-seguimiento para cuatro de los cinco participantes, esto indica que los cambios debidos al tratamiento se hicieron evidentes en las mediciones post y seguimiento, lo cual indica que la flexibilidad psicológica de los participantes continuó en aumento aun después de aplicadas las dos sesiones de tratamiento.

Este estudio también comprendió la medición de los cambios obtenidos en el post y el seguimiento con el fin de constatar si hubo cambios clínicamente significativos a partir de los puntos de corte obtenidos en los grupos funcionales y clínicos suministrados por las respectivas validaciones de las escalas DASS-21, VQ, CFQ Y AAQ-II. Los resultados llevan a inferir que la intervención breve de la ACT tuvo un efecto alto sobre las escalas de evitación experiencial, fusión cognitiva y valores, no obstante el caso H, como se puede evidenciar en el apartado de

resultados, mostró puntajes en la medición pre dentro de la media del grupo funcional, a excepción de la escala de evitación experiencial donde mostró en el pre un puntaje que lo acercaba mucho más a la media del grupo clínico, pero que disminuyó notablemente hasta acercarse a la media del grupo funcional en las mediciones posteriores. En cuanto al DASS-21, todos los participantes a excepción de J, tuvieron en las mediciones de seguimiento un puntaje que los acercó notablemente a la media del grupo funcional, lo cual indica en ellos un cambio clínicamente significativo, a excepción de H quien en el pre, post y seguimiento obtuvo puntajes en la media del grupo funcional.

Así las cosas, es importante informar que los participantes completaron de forma satisfactoria las dos sesiones de tratamiento y mencionaron que escucharon durante la fase de seguimiento los archivos de audio, tras el compromiso de cada uno de los participantes en la terapia y la escucha activa de los audios, se pudo evidenciar una mejoría continua en las medidas de flexibilidad psicológica fortaleciendo la habilidad de interrumpir el proceso de preocupación/rumia como síntoma nuclear del trastorno psicológico.

Si bien la medición de las variables dependientes del estudio, a saber la AT y la FP, fueron pensadas para una aplicación fácil y rápida, es necesario tener en cuenta el nivel de educación y facilidad en el uso de las tecnologías, pues actualmente se está expandiendo la medición de variables usando dispositivos electrónicos que facilitan la recopilación de información, pero que pueden ser un obstáculo para algunos de los participantes, sobre todo si la muestra, en estudios posteriores, es muy amplia.

Por último Ruiz et al., (2016) mencionan que hay tres aspectos fundamentales que pueden explicar la efectividad de los protocolos breves de la ACT centrados en el pensamiento negativo repetitivo a manera de preocupación y rumia, en primer lugar, el protocolo promueve la

flexibilidad psicológica, ayudando a los participantes a discriminar el repertorio inflexible en respuesta a algunos eventos privados, ayudándolos a discriminar su propio comportamiento enmarcándolo a través de una relación jerárquica con marcos deícticos y ayudándolos a especificar funciones aumentativas y acciones relacionadas; en segundo lugar, estos protocolos se centran en interrumpir la primera y más generalizada reacción a los desencadenantes (es decir, preocupación / rumia), la cual mantiene el malestar y fortalece otras estrategias de evitación experiencial; y en tercer lugar, estos protocolos enfatizan su trabajo en la identificación y el trabajo con el disparador para RNT en la parte superior de la jerarquía (Törneke et al., 2016). De acuerdo con lo anterior, los resultados de la presente investigación, se alinearon con los resultados encontrados en los estudios de Ruiz et al., (2016, 2018 y 2019) en sus investigaciones acerca de la efectividad de los protocolos breves de la ACT centrados en el pensamiento negativo repetitivo y la preocupación-rumia.

Conclusiones

Este estudio constituyó un paso inicial en la implementación de intervenciones breves de la ACT sobre sintomatología emocional en personas que viven con el VIH en Colombia, especialmente HSH, pues existe escasa evidencia de la efectividad de protocolos completos de la ACT en esta población a nivel Colombia y mucho menos de intervenciones breves de la ACT en dicha población. Así mismo es importante mencionar que se quiso dar continuidad a la línea de investigación desarrollada y dirigida por Ruiz et al. (2020), sobre intervenciones breves de la ACT, donde se ha visto evidencia empírica de intervenciones de 1, 2 y 3 sesiones.

Es necesario que en estudios posteriores las intervenciones desde la ACT se puedan realizar por dos o más expertos en esta terapia, con el fin de aumentar la validez interna y

externa; así como reclutar una población más grande de HSH que vivan con el VIH y aumentar el periodo de seguimiento a por lo menos seis meses o un año.

Así como mencionan O’Cleirigh y Safren, (2008) y Patiño (2008) la ACT brinda una forma de intervenir sobre los eventos privados aversivos de los HSH y viven con el VIH, ayudándolos a aceptar de forma radical su diagnóstico y flexibilizando comportamientos con el fin de que se puedan acercar a áreas valiosas en sus vidas. Se puede inferir en este estudio que las áreas de vida de la salud física y emocional son de gran importancia para las personas en general, especialmente aquellas que son vulnerables en dichas áreas; de esta forma al ayudar a los HSH y viven con el VIH a hacer contacto con las contingencias naturales que provee realizar acciones en estas áreas de vida, también se está promoviendo la AT, entendiéndola como un grupo de comportamientos encaminados no solo a la toma disciplinada de los medicamentos antirretrovirales, sino también a cambios en el estilo de vida hacia una dirección más saludable.

Para finalizar y teniendo en cuenta las ventajas expuestas previamente acerca de la aplicación de los protocolos breves de la ACT centrados en el pensamiento negativo repetitivo, se espera poder contribuir al contexto de la atención psicológica de las personas que viven con el VIH, pues es evidente, según las investigaciones consultadas acerca del impacto emocional del VIH, que el estigma y la discriminación hacia esta minoría sexual se encuentra aún presente aunque el desarrollo farmacológico ya no genere los mismos efectos adversos que producía en décadas pasadas.

Referencias

- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud (Spanish Edition)* (edición ed.). Ediciones Pirámide.
- Antoni, M. H. (2003). Stress Management Effects on Psychological, Endocrinological, and Immune Functioning in Men with HIV Infection: Empirical Support for a Psychoneuroimmunological Model. *Stress*, 6(3), 173-188.
<https://doi.org/10.1080/1025389031000156727>
- Antoni, M. H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N. & Fletcher, M. A. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 906-915.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.6.906>
- Antoni, M. H., Cruess, D. G., Klimas, N., Carrico, A. W., Maher, K., Cruess, S., Lechner, S. C., Kumar, M., Lutgendorf, S., Gaillronson, M., Fletcher, A & Schneiderman, N. (2005). Increases in a marker of immune system reconstitution are predated by decreases in 24-h urinary cortisol output and depressed mood during a 10-week stress management intervention in symptomatic HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.05.010>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales

- (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Arístegui, I., Doringo, I., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Fernández, G., Sued, O., Cahn, P., Cassetti, I., Weiss, S. & Jones, D. (2014). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Author manuscript*, 22(86) 71-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751985/>
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523. <https://www.researchgate.net/publication/28079238>
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088471>
- Berenbaum, H. (2010). An initiation-termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 962-975. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.011>
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155-156), 43-63. <https://doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1317>

- Bello, S. M & Vargas, R. M. (2013). Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso con respecto a la flexibilidad psicológica en pacientes con VIH positivo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá
- Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M. A., Graham, J., & Giordano, T. P. (2010). Persons Newly Diagnosed with HIV Infection are at High Risk for Depression and Poor Linkage to Care: Results from the Steps Study. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1161-1170.
<https://doi.org/10.1007/s10461-010-9778-9>
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676- 688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O.M. & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk, & DS Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advance in research and practice (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., Carrera, I., Fraga, J., de la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. & Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13(3), 587-599.
<https://doi.org/10.1023/b:qure.0000021315.93360.8b>
- Carrico, A. W., & Moskowitz, J. T. (2014). Positive affect promotes engagement in care after HIV diagnosis. *Health Psychology*, 33(7), 686-689. <https://doi.org/10.1037/hea0000011>

Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2010). The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1184-1192.

<https://doi.org/10.1002/pon.1832>

Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725-730.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.725>

Cruess, D. G., Petitto, J. M., Leserman, J., Douglas, S. D., Gettes, D. R., Ten Have, T. R., & Evans, D. L. (2003). Depression and HIV Infection: Impact on Immune Function and Disease Progression. *CNS Spectrums*, 8(1), 52-58.

<https://doi.org/10.1017/s1092852900023452>

Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Pena-Vargas, A. & Ramirez, E. S. (2019).

Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 12(1) 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.005>

Díaz, R., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91(6), 927-932.

<https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.927>

Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.

<https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>

- Eller, L. (1995). Effects of two cognitive-behavioral interventions on immunity and symptoms in persons with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(4), 339-348.
<https://doi.org/10.1007/bf02888599>
- Faezipour, M., Ghanbaripana, A., Seyedalinalahi, S., Hajiabdolbaghi, M., & Voltarelli, F. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression among people living with HIV/AIDS. , *Mahboubah HAJIABDOLBAGHI2 , Fabricio VOLTARELLI3*, 6(3), 125-129. <https://doi.org/10.11910/2227-6394.2018.06.03.04>
- Giraldo, B. (1997). Consideraciones éticas al trabajar con sujetos humanos. *Suma psicológica*, 4(2), 177-188. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi1997.286>
- Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), 181-187.
<https://doi.org/10.1097/qai.0b013e31822d490a>
- Goodkin, K., Blaney, N. T., Feaster, D., Fletcher, M. A., Baum, M. K., Mantero-Atienza, E., Klimas, N. G., Millon, C., Szapocznik, J. & Eisdorfer, C. (1992). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(7), 635-650.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90053-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90053-5)
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerrd, S., Tanseyf, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masleyd, S., Roacha, L., Lloyd, J., Mayc, L., Clarkei, S. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the

Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Hartzell, J. D., Janke, I. E., & Weintrob, A. C. (2008). Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62(2), 246-255.

<https://doi.org/10.1093/jac/dkn193>

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science:

Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change. New York: Guilford.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change (First ed.). <https://www.amazon.com/-/es/Steven-C-Hayes-PhD/dp/1572304812>

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., & Fernández, Á. R. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness) (Biblioteca de Psicología) (Spanish Edition) (1a ed., 1a imp. ed.). https://www.amazon.com/-/es/Terapia-Aceptaci-C3-B3n-Compromiso-Biblioteca-Psicolog-C3-ADa-ebook-dp-B00TS820EE/dp/B00TS820EE/ref=mt_kindle?_encoding=UTF8&me=&qid=

- Hays, R. B., Turner, H., & Coates, T. J. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 463-469. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.3.463>
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 364-379. <https://doi.org/10.1097/00006842-199307000-00004>
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>
- Heywood, W., & Lyons, A. (2016). HIV and Elevated Mental Health Problems: Diagnostic, Treatment, and Risk Patterns for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress in a National Community-Based Cohort of Gay Men Living with HIV. *AIDS and Behavior*, 20(8), 1632-1645. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1324-y>
- Hooper, N., Saunders, J., & McHugh, L. (2010). The derived generalization of thought suppression. *Learning & Behavior*, 38(2), 160-168. <https://doi.org/10.3758/lb.38.2.160>
- Ibañez, G. E., Purcell, D. W., Stall, R., Parsons, J. T., & Gómez, C. A. (2005). Sexual risk, substance use, and psychological distress in HIV-positive gay and bisexual men who also inject drugs. *AIDS*, 19(Supplement 1), S49-S55. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000167351.00503.92>

InfoSIDA. (10 de julio de 2019). VIH/SIDA: Conceptos básicos. Obtenido de InfoSIDA:

<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>

Leserman, J. (2003). HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biological Psychiatry*, 54(3), 295-306. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00323-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00323-8)

Leserman, J., Petitto, J. M., Gu, H., Gaynes, B. N., Barroso, J., Golden, R. N., Perkins, D. O., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 32(6), 1059-1073. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005949>

Levine, S. H., Bystritsky, A., Baron, D., & Jones, L. D. (1991). Group Psychotherapy for HIV-Seropositive Patients with Major Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 413-424. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.3.413>

Ley 1090 de 2006. (6 de Septiembre de 2006). Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006. Colombia, Colombia: Congreso de la república.

Luciano, C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International*

Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4(1), 377-394.

<https://www.researchgate.net/publication/28097980>

Luciano, C., & Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>

Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Paez, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *eduPsykhé*, 5(2), 173-201.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147831>

Lyons, A., Pitts, M., & Grierson, J. (2012). Exploring the Psychological Impact of HIV: Health Comparisons of Older Australian HIV-Positive and HIV-Negative Gay Men. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2340-2349. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0252-8>

Macías, C., Isalgué, M., Loo, N. & Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Revista información científica*, 97(3), 660-670.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332018000300660&script=sci_arttext&tlng=en

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>

- Marco, A., Knobel, H., & Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades emergentes*, 2(1), 45-53. <http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a62/s-2-1-005.pdf>
- Marichal, S., Hernández, Y., Delgado, A., Cortés, L. E. & Montalvo, Y. (2013). La prevención como un recurso de intervención psicosocial en el paciente con VIH. *Correo científico médico*, 17(1), <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1306/337>
- Matas-Terrón, A. (2017). XVIII Congreso Internacional de Investigación Educativa y AIDIPE Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica. Aplicación del índice TAU-U en diseños de evaluación de programas educativos. Salamanca.
https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/14262/Comunicacion_aidipe_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1869>
- Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V. J., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 896-918.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.896>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38. <https://doi.org/10.2307/2137286>

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. M. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*, Vol. 4. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (p. 160–186). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8>
- Miners, A., Phillips, A., Kreif, N., Rodger, A., Speakman, A., Fisher, M., Anderson, J., Collins, S., Hart, G., Sherr, L., Lampe, F. C. (2014). Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. *The Lancet HIV*, 1(1), e32-e40. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(14\)70018-9](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(14)70018-9)
- Moitra, E., Chan, P. A., & Stein, M. D. (2015). Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy Intervention to Engage Newly Diagnosed HIV Patients in Care. *Behavior Modification*, 39(5), 670-690. <https://doi.org/10.1177/0145445515590977>
- Moitra, E., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*, 23(12), 1660-1667. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.579945>
- Mueses-Marín, H. F., Tello-Bolívar, I. C., & Galindo-Quintero, J. (2017). Características en hombres que tienen sexo con hombres VIH+ en Cali-Colombia 2012-2015. *Revista*

Facultad Nacional de Salud Pública, 35(2), 206-215.

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a05>

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(1), 1-16.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-104>

Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-123). Chichester, UK: Wiley.

O’Cleirigh, C., & Safren, S. (2008). Optimizing the effects of stress management interventions in HIV. *Health Psychology*, 27(3), 297-301. <https://doi.org/10.1037/a0012607>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037>

Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49-70.
https://www.researchgate.net/publication/39251451_La_aplicacion_de_la_terapia_de_aceptacion_y_compromiso_ATC_en_el_tratamiento_de_problemas_psicologicos_asociados_al_cancer

Pakenham, K. I., Dadds, M. R., & Terry, D. J. (1995). Psychosocial adjustment along the HIV disease continuum. *Psychology & Health*, 10(6), 523-536.

<https://doi.org/10.1080/08870449508401969>

Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L. & Sauber, S. B. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior therapy*, 42(2), 284-299.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>

Patiño, L. C. (2013). Efectos de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá

Patterson, T. L., Shaw, W. S., Semple, S. J., Cherner, M., McCutchan, J. H., Atkinson, J. H., Grant, I., Nannis, E. (1996). Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(1), 30-39.

<https://doi.org/10.1007/bf02903937>

Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J., & Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of DSM-IV-Defined Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders in an HIV Clinic in the Southeastern United States. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3), 298-306. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa>

Poindexter, C. C., & Shippy, R. A. (2010). HIV Diagnosis Disclosure: Stigma Management and Stigma Resistance. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4), 366-381.

<https://doi.org/10.1080/01634371003715841>

- Remien, R. (2018, marzo). Addressing mental health: a crucial component to ending the hiv epidemic. Presentado en Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2018, Boston, Massachusetts. <https://www.columbiapsychiatry.org/news/dr-robert-remien-mental-health-and-ending-hiv-epidemic-lands-prime-plenary-spot-croi-2018>
- Rivet-Amico, K., Harman, J. J., & Johnson, B. T. (2006). Efficacy of Antiretroviral Therapy Adherence Interventions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(3), 285-297. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000197870.99196.ea>
- Rosario, M., Rotheram-Borus, M. J., & Reid, H. (1996). Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly Black and Hispanic background. *Journal of Community Psychology*, 24(2), 136-159. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199604\)24:2<136::AID-JCOP5>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199604)24:2<136::AID-JCOP5>3.0.CO;2-X)
- Ruiz, F. J. Flórez, C. L., García, M. B. , Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V. & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 9(1) 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., Monroy, A. & Suárez-Falcón, J. C. (2019). Single-case experimental design evaluation of repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy in generalized anxiety disorder with couple-related worry.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 19(3), 261-276.

<https://www.ijpsy.com/volumen19/num3/521.html>

Ruiz, F.J., García, M. B., Suárez, J. C., & Odriozola, P. (2017a). The hierarchical factor structure of the spanish version of depression anxiety and stress scale-21. *International journal of psychology and psychological therapy*, 17(1), 97-105.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624007>

Ruiz, F.J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcon, J. C., García-Marín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, A. M., Monroy-Cifuentes, A. M. & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a Two-Session Repetitive Negative Thinking-Focused Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Protocol for Depression and Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Waitlist Control Trial. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000273>

Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J.C. & Luciano, C. (2016). Effect of a One-Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233. <https://psycnet.apa.org/record/2016-55818-001>

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016a). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>

- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017b). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C. & Riaño-Hernández, D. (2016b). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. Submitted paper. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404-415. <https://doi.org/10.1037/a0028208>
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C., Tan, J. Y., Raminani, S. R., Reilly, L. C., Otto, M. W., & Mayer, K. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/a0012715>
- Safren, S. A., W. Otto, M., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00091-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00091-7)
- Santamaría, C. L., & Uribe, A. F. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *I+D Revista de Investigaciones*, 10(2), 89-101. <https://doi.org/10.33304/revinv.v10n2-2017008>

- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101-1108. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1068-8>
- Scott-Sheldon, L. A. J., Kalichman, S. C., Carey, M. P., & Fielder, R. L. (2008). Stress management interventions for HIV+ adults: A meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*, 27(2), 129-139. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.129>
- Sikkema, K. J., Watt, M. H., Drabkin, A. S., Meade, C. S., Hansen, N. B., & Pence, B. W. (2009). Mental Health Treatment to Reduce HIV Transmission Risk Behavior: A Positive Prevention Model. *AIDS and Behavior*, 14(2), 252-262. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9650-y>
- Simoni, J. M., Pearson, C. R., Pantalone, D. W., Marks, G., & Crepaz, N. (2006). Efficacy of Interventions in Improving Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence and HIV-1 RNA Viral Load. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(Supplement 1), S23-S35. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000248342.05438.52>
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K. Knapp, E., Lecubrier, Y., Weiller, E., Hergueta, T. Amorim, P, Bonora, L. I. & Lépine J. P. (2000). MINI International neuropsychiatric interview. Versión en Español 5.0.0. Florida, París, Madrid: Copyright.
- Sheehan, D.V., Lecubrier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Inter-view

- (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*; 12: 232-241.
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and Compassion-Based Group Therapy to Reduce HIV Stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. & Bond, F. W. (2016). Relational frame theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. In RD Zettle, SC Hayes, D Barnes-Holmes, & A Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). New York: Wiley-Blackwell. 10.1002/9781118489857.ch12
- Unaids. (2014, 2 octubre). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado 11 de junio de 2020, de <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

- Valdivia-Vadell, C., Soler-Palacín, P., Martín-Nalda, A., Cabañas-Poy, M. J., Clemente-Bautista, S., Espiau-Guarner, M., & Figueras-Nadal, C. (2011). Evaluación de un programa de valoración de adherencia al tratamiento antirretroviral. *Anales de Pediatría*, 75(6), 380-395. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.05.013>
- Van Servellen, G., Sarna, L., Nyamathi, N., Padilla, G., Brecht, M. L., & Jablonski, K. J. (1998). Emotional distress in women with symptomatic HIV disease. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 173-188. <https://doi.org/10.1080/016128498249150>
- Varela, M. T., Salazar, I. C., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 11(2), 101-113. <https://www.researchgate.net/publication/28300604>
- Viciano, P., Rubio, R., Ribera, E., Knobel, H., Iribarren, J. A., Arribas, J. R., & Pérez-Molina, J. A. (2008). Estudio longitudinal de adherencia, satisfacción y efectividad del tratamiento antirretroviral administrado una vez al día, frente a dos veces al día, en una cohorte española de infectados por el VIH (estudio CUA: cualquiera una vez al día). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26(3), 127-134. <https://doi.org/10.1157/13116748>
- Woolf-King, S. E., Sheinfil, A. Z., Babowich, J. D., Siedle-Khan, B., Loitsch, A., & Maisto, S. A. (2018). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for HIV-infected Hazardous Drinkers: A Qualitative Study of Acceptability. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(3), 342-358. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1539630>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De manera cordial, le estamos pidiendo participar en esta investigación, la cual se encuentra en el marco de un proceso de formación de maestría en Psicología Clínica y será desarrollada por el estudiante Héctor Jesús David Garzón Triviño, supervisado por Carlos Humberto Vélez Ocampo, docente de la facultad de psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Este informe de consentimiento pretende ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que usted tenga una buena comprensión de la investigación. También lo alentamos a consultarlo con su familia, amigos y médicos de cabecera.

Este documento se divide en dos partes, la primera, el consentimiento de participación en la investigación, donde se exponen las características principales del estudio y el proceso que comprende; y por otra parte el consentimiento informado de atención que se refiere a la participación voluntaria en el proceso psicoterapéutico.

1. Participación en la investigación

Título de la investigación:

Estimación del efecto de un protocolo de tres sesiones de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la adherencia al tratamiento y la flexibilidad psicológica en hombres que tienen sexo con hombres que viven con el VIH.

Nombre y Correo del Investigador Principal: Héctor Jesús David Garzón Triviño
hectorj.garzont@konradlorenz.edu.co

Nombre y teléfono del Tutor: Carlos Humberto Vélez Ocampo.
Carlosh.velezo@konradlorenz.edu.co

Tipo de diseño:

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo y un diseño de caso único AB + seguimiento, el cual permite obtener en la fase A los comportamientos y registros de la línea base en torno a los comportamientos asociados a la adherencia al tratamiento (auto registro diario) y a la flexibilidad psicológica (diligenciamiento semanal de los cuestionarios); en la fase B se inicia la aplicación del protocolo breve de la terapia breve, también se continuará con la observación de los comportamientos asociados a la adherencia al tratamiento (auto registro diario) y a la flexibilidad psicológica (diligenciamiento semanal de los cuestionarios), y por último la fase de seguimiento que tiene como fin observar si los resultados obtenidos del tratamiento se mantienen o no a lo largo del tiempo (se continúa el diligenciamiento semanal de cuestionarios de flexibilidad psicológica y auto registro diario de los comportamientos de adherencia al tratamiento).

Población:

La muestra estará conformada por 6 hombres mayores de 18 años, diagnosticados con el VIH y que reporten pertenecer a la comunidad gay o tener sexo con hombres.

Criterios de inclusión:

-) Ser del sexo masculino
-) Haber sido diagnosticado con el VIH hace más de 6 meses.
-) Dar reporte de haber tenido sexo con otros hombres.
-) Reportar tener dificultades en torno a la adherencia al tratamiento

Criterios de exclusión:

-) Tener algún trastorno mental cuyos síntomas característicos sean alucinaciones y delirios

¿Cuáles son los objetivos y justificación del estudio?

El objetivo de la presente investigación consiste en verificar el impacto del protocolo sobre la adherencia al tratamiento, la flexibilidad psicológica y los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que viven con el VIH. Este estudio pretende generar un aporte a la sociedad, especialmente a la población de HSH que viven con el VIH, pues según el referente teórico y empírico desarrollado, hay escasa evidencia de

estudios que verifiquen la eficiencia de terapias psicológicas basadas en la evidencia sobre la adherencia al tratamiento y flexibilidad psicológica en esta población y a nivel Colombia.

¿Cuáles son los procedimientos que van a usarse y su propósito?

Aplicación de una entrevista inicial, cuestionarios para medir la flexibilidad psicológica y la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión y un auto registro diario para observar la adherencia al tratamiento, después de esto se aplicará semanalmente el protocolo breve de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de tres sesiones, siendo la primera sesión de 90 minutos y la segunda y tercera de una hora cada una; finalmente se continuará diligenciando el auto registro diariamente durante un mes más.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

La investigación no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Su participación

no tendrá consecuencias en su situación financiera, su empleo o su reputación.

El presente estudio se rige por las normas colombianas para la investigación dispuestas por el Ministerio de Salud, catalogándose desde el artículo 11, apartado B de la resolución 008430 de 1993, como una investigación con riesgos mínimos. Es parte de la intervención que el participante se encuentre en situaciones en las que se pueden presentar reacciones emocionales como la tristeza, lo cual hace parte del proceso.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio clínico?

1. Acceder sin ningún costo a un proceso terapéutico riguroso, sistemático y supervisado por profesionales con amplia trayectoria en el área clínica.
2. Acceder a un tratamiento que ha mostrado alta eficiencia en otras poblaciones
3. Desarrollar herramientas que le permitan mejorar las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y adquirir habilidades en la solución de problemas.
4. Proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio.

Confidencialidad del participante.

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos el director de la investigación y el psicólogo que le dará la atención. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con el investigador que conduce este proyecto.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Si usted decide participar, usted está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

2. *Consentimiento Informado del sujeto del estudio*

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias sobre dicho estudio; también certifico que he comprendido el proceso que se llevará a cabo desde el inicio hasta el final de la investigación y cuál es mi papel en este proceso, así mismo he decidido de manera voluntaria participar en este estudio. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación, sabiendo que mi privacidad se garantizará, y que la información se manejará de acuerdo con lo estipulado por la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales de Colombia.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Número de identificación: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo B. Derrotero de preguntas del módulo de trastornos psicóticos de la Entrevista**Neuropsiquiátrica Internacional MINI**

¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?

¿Actualmente cree usted esto?

¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?

¿Actualmente cree usted esto?

¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?

¿Actualmente cree usted esto?

¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?

¿Actualmente cree usted esto?

¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?

¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?

¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?

¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?

¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?

¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?

¿Ha visto estas cosas el pasado mes?

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:

¿Presenta el paciente actualmente un lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones?

¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento desorganizado o catatónico?

¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (un aplanamiento afectivo significativo, pobreza del lenguaje [alogia] o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con una finalidad determinada)?

Anexo C. Escala DASS-21

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Anexo D. Escala AAQ-II

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo E. Escala CFQ

CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Luchó contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo F. Escala VQ

VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6
En absoluto verdad						Completamente verdad

1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2. Estuve básicamente en "piloto automático" la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan.	0	1	2	3	4	5	6
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente.	0	1	2	3	4	5	6
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida.	0	1	2	3	4	5	6
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6

[illegible]

Anexo H. Carta solicitud de apoyo de entidades

Bogotá, xx de Marzo de 2020

Respetados,

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Asunto: Solicitud de apoyo para aplicación de un protocolo de terapia breve, con fines investigativos, en hombres diagnosticados con VIH.

Dentro de la formación de maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz ubicada en la ciudad de Bogotá, se considera muy importante la realización de actividades de investigación.

En este marco, el estudiante HECTOR JESÚS DAVID GARZÓN TRIVIÑO identificado con el número de cédula xxxxxxxx, de xxxx, quien cursa el último semestre de maestría en Psicología Clínica se encuentra desarrollando la investigación cuyo nombre es: “Efecto de la aplicación de un protocolo de dos sesiones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre la adherencia al tratamiento y la flexibilidad psicológica en hombres que tienen sexo con hombres que conviven con VIH”.

Mediante este proyecto se pretende comprobar si la estrategia terapéutica planteada, que ha mostrado eficacia en diferentes escenarios, permite motivar la emisión de mayor cantidad de conductas de adherencia al tratamiento y aumentar la flexibilidad psicológica, un factor que se ha considerado mediador de resiliencia.

Nos gustaría invitarlos a participar en la investigación, para lo cual, requeriríamos de su apoyo para acceder a la población. El protocolo será desarrollado, de manera individual, con ocho hombres que tienen sexo con hombres y que han sido diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana VIH. En ese sentido, solicitamos su amable apoyo para:

- Permitir al estudiante el acceso a la población.
- Facilitar el proceso de convocatoria.
- Si es posible, brindar acceso a un espacio en el cual se pueda desarrollar el protocolo.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún costo económico para su institución ni para los participantes, y que se tomarán las medidas necesarias para mantener un alto nivel de ética profesional que promueva los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Con el fin de realizar una socialización más detallada del proceso de investigación nos gustaría reunirnos con usted, el teléfono del estudiante es 3184827689 y el correo electrónico hectorj.garzont@konradlorenz.edu.co

Sin otro particular y esperando una buena acogida agradecemos la atención prestada.

Hector Jesús David Garzón Triviño

Estudiante de la Maestría en psicología clínica de la Fundación Universitaria Konrad
Lorenz.

Carlos Humberto Vélez Ocampo

Docente.
Director de tesis.